

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

CHATEAUROUX. — Imp. et Stéréot. A. MAJESTÉ ET L. BOUCHARDEAU.

18e Année. 2e Série. Vol. VII.

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1881 à 1896)

REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École Dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris

---

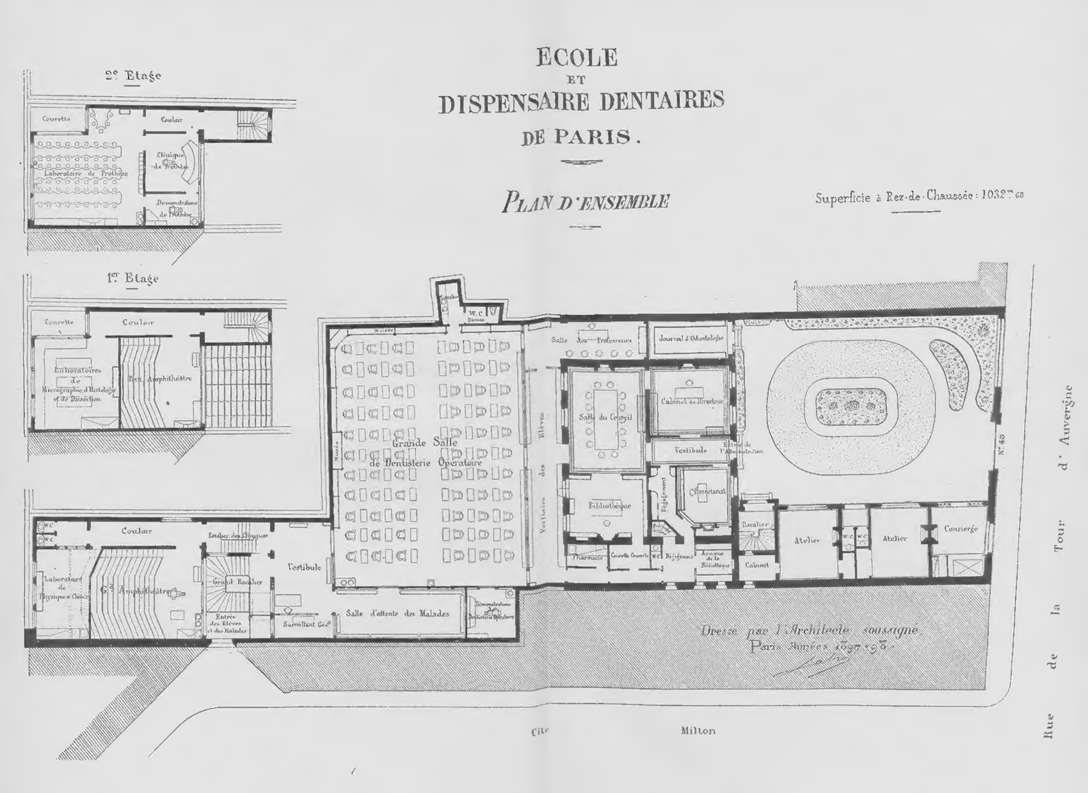
TOME XX

SIÈGE SOCIAL, RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE, 45

PARIS



ECOLE
ET
DISPENSAIRE DENTAIRES
DE PARIS.
PLAN D'ENSEMBLE
Superficie à Rez-de-Chaussée : 1032m 68
2e Etage
Courette
Couloir
Clinique de Prothèse
Laboratoire de Prothèse
Demonstrations de Prothèse
1er Etage
Courette
Couloir
Laboratoires de Micrographie, d'Histologie et de Dissection
Petit Amphithéâtre
Couloir
Escalier des Cliniques
Vestibule
Laboratoire de Physique & Chimie
Gd Amphithéâtre
Grand Escalier
Entrée des Elèves et des Malades
Surveillant Génl
Salle d'attente des Malades
Démonstrations de Dentisterie Opératoire
Musée
Grande Salle de Dentisterie Opératoire
W.C Dames
Vestiaire des Elèves
Salle des Professeurs
Journal d'Odontologie
Salle du Conseil
Cabinet du Directeur
Vestibule
Entrée de l'Administration
Bibliothèque
Dégagement
Secrétariat
Pharmacie
Courette Couverte
W.C
Dégagement
Annexe de la Bibliothèque
Escalier
Cabinet
Atelier
W.C
Atelier
Concierge
No 45
Rue de la Tour d'Auvergne
Cité Milton
Dressé par l'Architecte soussigné
Paris Années 1897-98.

18e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.**
Le présent numéro contient 56 pages, soit 16 en supplément, plus 2 planches tirées hors texte.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

INAUGURATION DU NOUVEAU LOCAL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

1° VISITE DE L'ECOLE DENTAIRE

« LA MAISON COMMUNE DES DENTISTES »

Il existe dans chaque localité de notre beau pays de France, de la plus humble bourgade à la plus opulente cité, un édifice tantôt somptuxeux, le plus souvent modeste : c'est l'hôtel de ville ou la mairie et, comme on l'appelle dans nos campagnes, la *maison commune*, c'est-à-dire la maison où les habitants se sentent chez eux, celle où ils se rendent pour exercer leurs devoirs de citoyens, celle enfin où l'on passe pour enregistrer les différentes étapes de la vie, naissances, service militaire, mariages, décès.

Eh bien, ce qu'est la *maison commune* pour les citoyens de chaque agglomération, nous voudrions que l'Ecole dentaire de Paris le fût pour tous les dentistes de France.

Les diverses professions ne nous offrent-elles pas d'ailleurs des exemples de ces constructions où toute une corporation se réunit pour étudier les questions qui la préoccupent, défendre ses intérêts, se livrer à certaines recherches et donner même des fêtes servant à son délassement ? Les agriculteurs de France, les ingénieurs, les Chambres syndicales, n'ont-ils pas leurs hôtels particuliers ? Les Sociétés de géographie, d'horticulture et bien d'autres n'ont-elle pas des immeubles spéciaux où tous leurs besoins intellectuels et moraux peuvent recevoir satisfaction ?

Pourquoi les dentistes n'auraient-ils pas leur maison ? Et où

mieux que là trouveraient-ils réuni tout ce qui constitue pour eux la vie professionnelle ?

L'école dentaire de Paris, fondée grâce aux sacrifices que ses fondateurs et de généreux amis ont consentis, appartient, non à ses fondateurs, mais à tous, puisque tous peuvent faire partie de l'Association qui soutient l'Ecole ; œuvre de tous, elle est ouverte à tous.

Dans de vastes locaux spécialement aménagés pour le but proposé sont rassemblés en effet :

Un important centre d'enseignement, dont l'organisation matérielle comprend des salles de cliniques, un laboratoire de bactériologie, d'histologie et de prothèse, des salles de dentisterie opératoire, des salles de cours, etc. ;

Un musée professionnel où l'on peut comparer le passé et le présent, où l'on peut admirer les ressources infinies de notre art et étudier les cas pathologiques les plus variés ;

Une bibliothèque, contenant tous les ouvrages concernant notre spécialité, aussi bien qu'un certain nombre traitant de connaissances générales indispensables au dentiste d'aujourd'hui ;

Une Société scientifique ; un Syndicat professionnel ; une Caisse de prévoyance et un journal professionnel, qui y abritent leurs services et contribuent à compléter cet ensemble.

C'est à la visite de cette superbe installation que l'Ecole dentaire de Paris avait, le 25 juin, convié ses amis, qui, sous la conduite de son infatigable directeur, ont admiré son organisation et son aménagement.

C'est cette visite que nous allons refaire ici pour l'édification de nos nombreux lecteurs, que nous prierons de suivre le plan donné en tête de cet article.

En entrant par la rue de La Tour-d'Auvergne, nous nous trouvons d'abord dans une cour spacieuse garnie d'un parterre de fleurs ; au fond, à droite, la salle de rédaction de ce journal ; au milieu, la porte d'entrée de l'Administration donnant accès dans un vestibule. A la droite de celui-ci, le cabinet du directeur, orné du buste de Paul Dubois ; à gauche, le secrétariat, avec des dégagements, et au fond, la salle du Conseil d'Administration où se discutent les intérêts de l'Ecole et où se traitent les questions relatives à son fonctionnement.

A côté, la bibliothèque, domaine de notre ami Bonnard. Il s'est tellement identifié avec elle qu'on ne la concevrait pas sans lui et qu'on ne le conçoit plus sans elle ; il y consacre tout son dévouement et l'administre avec une ardeur remarquable. Sur les nombreux rayons qui constituent son royaume, s'alignent près de 3000 volumes, qui constituent ses sujets et qu'il couvre d'une protection efficace.

On passe alors dans une longue galerie vitrée, à la fois le prome-

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS



GRANDE SALLE DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE

noir et le vestiaire des élèves, à l'extrémité droite de laquelle est placée la salle des professeurs, aux murs couverts de gravures, de dessins et de peintures, représentant la profession de dentiste sous son côté comique, mais dont l'ensemble forme une collection amusante et instructive. A l'extrêmité gauche, la pharmacie et un poste d'incendie : l'utile ajouté à l'agréable.

De là, on pénètre dans la grande salle de dentisterie opératoire (V. planche ci-contre), dont la décoration sévère ressort avantageusement sous les flots de lumière que déverse un éclairage irréprochable. Cette salle, qui a la forme d'un rectangle long de 18 m. et large de 14, soit une superficie de 252 mèt. carrés, ne contient pas moins de 66 fauteuils, devant chacun desquels se dresse une table en fer recouverte d'une plaque en opaline. Ces tables renferment les instruments des élèves et se prêtent aisément au nettoyage, ainsi d'ailleurs que le dallage de la salle, de sorte que les foyers d'infection sont rigoureusement rendus impossibles. Le grand hall est orné des vitrines d'un musée dentaire fort riche, où sont méthodiquement classées toutes les pièces d'une collection, à laquelle M. Lemerle, conservateur, apporte les soins les plus vigilants et les plus éclairés. Sur un des côtés se détache le buste du Dr Louis Thomas, dont l'âme paraît encore habiter cette école où il se plaisait tant de son vivant.

A droite, dans un dégagement, des lavabos commodes ; à gauche, une salle de démonstrations pratiques aménagée avec les derniers perfectionnements et pourvue d'un fauteuil White dû à un généreux donateur anonyme, ainsi que d'une installation électrique de Klingelfuss, gracieusement offerte par la maison Koelliker et disposée par son représentant, M. Ott. Une tablette porte-crachoir récemment offerte par MM. Reymond frères, complète cet ensemble.

A la suite, la salle d'attente des malades, le bureau du surveillant général donnant sur un vaste vestibule et un nouveau poste d'incendie. On voit que les précautions sont prises.

Nous arrivons près de la cité Milton, par laquelle les étudiants et les malades ont accès dans l'établissement au moyen d'un large escalier. En continuant notre visite, nous rencontrons d'abord le grand amphithéâtre où la clinique a lieu le matin, où les cours ont lieu le soir, et où la Société d'Odontologie tient ses réunions. Un couloir nous conduit ensuite au laboratoire de physique et de chimie, tandis qu'à l'étage au-dessus se trouve le petit amphithéâtre servant à la clinique d'anesthésie et à certains cours du soir, et derrière, remarquablement aménagé, le laboratoire de micrographie, d'histologie et de dissection.

Le deuxième étage, consacré tout entier aux services de prothèse placés sous l'habile direction de notre ami Martinier, comprend une salle de clinique, avec une salle de démonstrations et un très vaste laboratoire.

Inutile d'ajouter que, dans toutes les parties de l'établissement, la lumière naturelle arrive en abondance dans la journée et que, le soir, des lampes électriques assurent partout la clarté la plus vive.

L'impression qui se dégage de cette visite est celle d'un confortable réglé suivant les exigences de la science, pourvu des derniers perfectionnements et ne laissant la porte ouverte à aucune critique.

L'Association générale des dentistes de France, qui a créé l'Ecole dentaire et qui y a son siège, peut être fière de son œuvre. L'Ecole dentaire de Paris et la profession peuvent être fières également de posséder un pareil établissement, de sorte que nous nous croyons autorisé à dire que c'est bien là la maison telle qu'ont pu la concevoir les dentistes, celle qui est ouverte à tous, leur *maison commune* en un mot.

EDMOND PAPOT.

2e BANQUET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

(*Samedi* 25 *juin* 1898.)

Le banquet annuel de l'Association générale des dentistes de France, qui, pour diverses causes, n'avait pas eu lieu pendant deux années consécutives, a présenté cette année un caractère particulier et un éclat inaccoutumé. La raison en est qu'il coïncidait avec la fête de l'inauguration de l'Ecole dentaire de Paris et que les organisateurs avaient eu l'heureuse idée de demander à cette Ecole une hospitalité qu'ils ne pouvaient nulle part ailleurs trouver plus gracieuse et plus somptueuse même, ou plutôt — pour rendre à César ce qui appartient à César — que les administrateurs de l'Ecole avaient offert spontanément leur immeuble à l'Association mère. Il est résulté de cette circonstance que l'on s'est senti immédiatement chez soi et qu'à la place du sentiment de gêne qu'on éprouve toujours dans un local qui vous est étranger et où l'on n'est que de passage, on ressentait au contraire le plaisir du foyer, rempli d'agréables confrères, de sorte qu'il s'est établi dès le début de la réunion un courant de sympathie qui n'a fait qu'aller en s'accentuant davantage.

Ajoutons que cette fête comprenait également, le samedi soir, une visite de l'établissement — dont on vient de lire la description — et, le dimanche matin, une réunion du Comité d'organisation du Congrès de 1900, une séance de démonstrations pratiques, enfin la distribution des récompenses et des diplômes aux élèves de l'année scolaire 1896-1897, auxquels un punch fut offert à cette occasion.

Le lieu était d'ailleurs merveilleusement choisi pour une fête de cette nature et le cadre dans lequel elle s'est déroulée se prêtait admirablement à ces agapes confraternelles. Il faut du reste rendre

cette justice à l'administration de l'Ecole qu'elle avait tout fait pour donner un charme spécial à cette soirée et que l'esprit, les yeux, les oreilles, l'odorat et le goût y ont rencontré des satisfactions inattendues.

La table avait été dressée dans la grande salle de dentisterie opératoire qui, comme on sait, a la forme d'un rectangle, sur trois des côtés de ce rectangle. La décoration en était simple, mais empreinte de beaucoup d'élégance, en harmonie parfaite avec la décoration de la salle, à la fois sévère et riante : des plantes vertes et des fleurs sur le sol, des écussons et des trophées de drapeaux aux murs. Tout ce qui pouvait rappeler la destination de la salle en temps ordinaire avait soigneusement été écarté ; les vitrines du Musée étaient recouvertes de draperies, qui ne laissaient apercevoir que la riche collection Préterre, généreusement offerte par M. Lecaudey.

Dans une loggia, ménagée dans un des angles, était installé un orchestre qui, sous l'habile direction de M. Hauzer, a fait entendre pendant tout le repas de douces mélodies que ne dominait pas le bruit des conversations, car plusieurs fois celles-ci ont, au contraire, été interrompues pour écouter les suaves accords d'excellents exécutants.

Rien à dire du repas en lui-même, sinon qu'il était digne du milieu dans lequel il était offert et que chacun y a fait honneur comme il convenait. Il s'est passé de la façon la plus charmante, sans qu'une note discordante en soit venue en troubler l'harmonie, et lorsque le moment des discours et des toasts est venu, les convives se sont trouvés à certains moments véritablement électrisés par les paroles tout à fait de circonstance qui étaient prononcées et n'ont pas ménagé leurs applaudissements aux passages qui leur plaisaient particulièrement.

Nous reproduisons *in extenso* les discours du directeur de l'Ecole et du président de l'Association générale, mais nous ne pouvons, à notre grand regret, que donner un résumé analytique des allocutions et des toasts qui les ont suivis.

Le banquet devait être présidé par M. Henri Brisson, député de la Seine ; mais, au dernier moment, l'éminent homme d'Etat, ayant été chargé de la délicate mission de constituer un ministère, avait dû s'excuser, de sorte que la présidence fut dévolue à son collègue, M. le Dr Chautemps, député de la Haute-Savoie, un des vieux amis de l'Ecole. Il avait pris place à la table d'honneur avec MM. Villain, conseiller municipal et Pinard adjoint au maire du neuvième arrondissement, le directeur honoraire de l'Ecole M. Lecaudey, le directeur effectif M. Godon, le président de l'Association M. Martinier, M. Worms, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, etc.

On remarquait dans l'assistance MM. les Drs Hirtz, Bertil-

lon, Claude Martin (de Lyon); Berthelin, adjoint au maire du vingtième arrondissement, etc.

L'Ecole odontotechnique était représentée par MM. les Drs Queudot, Mora, MM. Ducournau et Hivert; la presse, par des rédacteurs du *Progrès Médical*, du *Petit Journal* et autres.

S'étaient excusés par lettres de ne pouvoir assister au banquet:

MM. le Ministre du Commerce; Léon Labbé, Paul Strauss, sénateurs; Henri Brisson, Georges Berger, Léon Bourgeois, Georges Berry, Mesureur, députés;

Dr Napias, directeur de l'Assistance publique: Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique; Brouardel, doyen de la Faculté de médecine; Liard, directeur de l'enseignement supérieur; Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris; Evellin, inspecteur d'Académie; Durand, secrétaire de l'Académie de Paris; Cornet, Max Vincent, Escudier, conseillers municipaux de Paris; Voisin, vice-président du conseil de surveillance de l'Assistance publique; Dr Lucas-Championnière; Dr Pierre Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Dr Pinard, professeur à la Faculté de médecine; Dr Launois, chirurgien des hôpitaux; Dr Just Championnière; Dr Hérard; Dr Granjux; Dr Moizard;

Damain, directeur de l'Ecole odontotechnique; Martin, chef de bureau au ministère de Finances;

Dr Pinet, Bonnard, Pillette, professeurs à l'Ecole dentaire de Paris; Ducuing, Devoucoux, Richer (de Vernon).

L'Association des dentistes du Nord-Ouest, présidée par M. Hélot, de Brest, avait envoyé un télégramme ainsi conçu: « Association Nord-Ouest adresse aux amis réunis ses sincères félicitations et regrets de ne pouvoir assister à brillante fête. Amitiés à tous ».

Au dessert, la parole est d'abord donnée à M. Godon pour communiquer les noms des personnes qui se sont excusées, puis pour lire le discours qu'on trouvera plus loin. M. Martinier lui succède, MM. d'Argent et Lecaudey parlent ensuite. Ce dernier fait remise à MM. Ronnet et Prest des médailles qui leur ont été accordées par le conseil d'Administration de l'Ecole en récompense de leurs longs et bons services comme membres du corps enseignant. Les longues salves d'applaudissements qui accueillent d'abord M. Ronnet, quand il vient recevoir sa médaille d'or, puis M. Prest, quand il reçoit sa médaille d'argent, témoignent que l'assistance ratifie la décision du Conseil.

M. Chautemps prononce alors une allocution de circonstance qui provoque les marques d'approbation les plus vives. M. Villain obtient la parole après lui; puis MM. Schwartz, Dr Roy, Dr Coraïni,

Dr Queudot, Serres, Dr Bérillon et Ducournau, portent successivement divers toasts, tous applaudis chaleureusement par l'assistance.

Le banquet est virtuellement terminé; mais des conversations animées s'engagent, des groupes se forment et la réunion se continue ainsi jusqu'à une heure assez avancée. Lorsque le moment de se séparer arrive, on ne le fait qu'avec regret, en emportant le souvenir d'une soirée délicieuse et l'impression inoubliable d'une fête sans égale dans les annales de l'Ecole dentaire de Paris.

Il serait injuste de ne pas accorder le tribut de félicitations qu'ils ont si bien mérité aux organisateurs du banquet, c'est-à-dire aux membres de la Commission des fêtes, et en particulier à M. Prével, qui se sont véritablement surpassés dans la préparation et dans la direction de cette charmante réunion confraternelle. Ils ont droit à autre chose qu'à des félicitations : ils ont droit à des remercîments et à la reconnaissance de toutes les personnes auxquelles il a été donné de se rencontrer le 25 juin à l'Ecole dentaire de Paris. Ces remercîments et cette reconnaissance ne leur feront pas défaut.

DISCOURS DE M. CH. GODON

Directeur de l'Ecole.

Messieurs,

Nous ne pouvons que nous réjouir du retard involontaire apporté à l'inauguration de notre nouveau local, puisqu'il nous procure la satisfaction de voir coïncider cette fête avec le banquet annuel de l'Association générale des dentistes de France.

Il me semble que dans cette vaste salle vous êtes mieux placés pour comprendre les grands efforts que nous a coûtés le transfèrement ici de notre établissement et que, dans tous les cas, vous êtes mieux disposés à nous écouter avec sympathie et surtout avec indulgence, ce dont j'ai, pour ma part, le plus grand besoin.

Permettez-moi donc de féliciter le Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France et le bureau de la Société d'Odontologie de Paris de l'heureuse pensée qu'ils ont eue de tenir ce banquet annuel chez nous et d'y inviter tous ceux qui, depuis vingt ans, ont apporté leur concours matériel et moral à cette institution. Au nom du Conseil d'administration de l'Ecole et du Dispensaire

dentaires de Paris, je leur souhaite la bienvenue, ainsi qu'à vous, messieurs, nos invités, qui avez bien voulu répondre à cet appel. Laissez-moi envoyer en même temps une pensée aux absents qui, restés nos amis, n'ont pu cependant se rendre ce soir à notre invitation, et à ceux aussi qui pendant ces vingt années nous ont été enlevés et dont nous gardons parmi nous le pieux souvenir.

Nous fêtons les amis de l'Ecole dentaire ; mais parmi eux la plus grande place n'est-elle pas réservée dans notre cœur aux hommes marquants dans la science et dans la politique qui ont consenti chaque année, en venant présider nos séances de réouverture des cours, à nous apporter quelques-unes de ces bonnes paroles d'encouragement qui constituaient pour nous le meilleur appui et le plus puissant patronage, le bon passeport pour traverser les difficultés journalières, notre bouclier de diamant ?

Aussi, conservons-nous soigneusement dans notre livre d'or les allocutions des professeurs Trélat, Verneuil, Paul Bert, Brouardel, Bourneville, Labbé, Pinard, Hérard, de MM. Brisson, Mesureur, etc. etc... et celle non moins précieuse pour nous de M. Chautemps, que nous avons l'honneur de retrouver ce soir au milieu de nous (*Applaudissements*).

M. Chautemps est en effet un de ceux qui, dès la première heure, ont tenu à nous assurer de leur appui et qui nous en ont donné des preuves dans maintes circonstances.

Je ne pourrais donc être personnellement que très honoré et très heureux de lui exprimer la reconnaissance que nous éprouvons pour la véritable protection dont il n'a cessé, avec ses honorables collègues de notre comité de patronage, de couvrir notre institution (*Applaudissements.*)

Je n'aurais garde non plus d'oublier les conseillers municipaux de notre grande cité, qui ne manquent pas chaque année de nous donner des preuves de l'intérêt qu'ils nous portent et notamment M. Villain (*Applaudissements*).

Remercions également les souscripteurs, fondateurs et bienfaiteurs, membres de la Société, de Paris et de province qui, par leurs dons généreux, ont permis, il y a vingt ans,

de doter notre pays de cette œuvre, alors nouvelle, et qui, par leurs offrandes continuelles, nous ont mis à même de lui assurer enfin une installation digne du but qu'elle poursuit.

Remerçions surtout le plus généreux d'entre eux, qui les représente si bien, notre vénéré doyen, M. le Dr E. Lecaudey, qui, cette année encore, a voulu ajouter à la série déjà si longue de ses largesses un cadeau véritablement princier : la superbe vitrine Préterre que vous venez d'admirer et qui a fait de notre musée dentaire une collection unique au monde (*Applaudissements.*)

Remercions aussi les représentants du corps enseignant, au dévouement et au savoir duquel les diplômés de l'Ecole doivent pour la plus grande part leur réputation et leurs succès, et, à cette occasion, permettez-moi de saluer parmi ceux que nous avons eu la bonne fortune d'attacher à notre Ecole, cette année, celui qui vient, après un brillant concours, d'être nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris : j'ai nommé M. le Dr Launois. Il est venu chez nous, sur la demande de l'honorable Doyen, pour y organiser avec M. le professeur Sébileau un enseignement médical nouveau, ce qui prouve mieux que toutes les paroles la constante sollicitude de M. le professeur Brouardel pour notre institution (*Applaudissements*). Faut-il vous signaler en passant les lettres aimables de l'honorable recteur de l'Académie de Paris et du directeur de l'Assistance publique qui n'ont pu venir parmi nous ce soir? Ces lettres et la présence de mon ami F. Worms (*Applaudissements*), membre du conseil supérieur de l'Assistance publique, qui s'est si souvent employé pour cette école, ne montrent-elles pas les excellents rapports que nous entretenons avec l'Académie de Paris et avec l'Assistance publique, que nous profitons de cette occasion de remercier aussi?

Nous sommes heureux également de voir ici nos collègues de l'Ecole odontotechnique et de la Société odontologique de France, MM. Ducournau, Queudot, Hivert et le Dr Mora, représentant M. Damain empêché ; ils travaillent avec nous au développement de l'enseignement profession-

nel, au succès de nos congrès régionaux et à la préparation du grand Congrès dentaire international de 1900 (*Applaudissements*).

Enfin nous avons la satisfaction de voir à nos côtés un certain nombre de nos élèves, les lauréats de 1896-97, nos élèves d'hier et nos confrères de demain, qui s'intéressent, comme leurs anciens, à tout ce qui arrive d'heureux à l'établissement qui leur a rendu l'exercice possible de leur profession.

Laissez-moi exprimer l'espoir que vous emporterez tous de cette fête de famille le souvenir d'une agréable réunion et un peu de la sympathie croissante qui règne dans ce milieu, sympathie que nous devons entretenir avec un soin jaloux, parce que c'est à elle que notre institution est redevable de la plus grande partie de son développement merveilleux et de ses plus brillants succès.

Nous avons tâché, tout à l'heure, dans la visite que vous avez faite de nos locaux, de vous donner l'impression que le nouveau bâtiment que nous venons d'élever pour notre Société constitue comme la synthèse de l'évolution de l'art dentaire français durant les vingt dernières années.

Cette grande salle de dentisterie opératoire où nous sommes en ce moment, si spacieuse, si bien appropriée à son but qu'il en est peu de semblables dans les meilleures écoles étrangères, démontre bien que les dentistes français sont maintenant dans toute la plénitude de la possession de cette partie de leur art et qu'ils ont définitivement détruit dans l'esprit public ce vieux préjugé qui faisait autrefois de l'aurification, simple procédé de technique, un art spécial dont le monopole se trouvait de l'autre côté de l'Atlantique.

Vous avez eu, j'en suis sûr, la même impression en voyant nos cliniques et nos laboratoires de prothèse.

La prothèse dentaire, dans laquelle se sont illustrés tant de nos compatriotes et qui fait du dentiste l'aide du chirurgien, était restée un art français qu'on enseignait par l'apprentissage. Et parmi ses représentants les plus illustres permettez-moi de saluer M. le Dr C. Martin (de Lyon) et M. Michaëls (de Paris) (*Applaudissements*), qui sont ce

soir nos convives. Nous avons substitué à la routine l'enseignement méthodique de l'école professionnelle, que notre ami Martinier peut donner enfin avec toute l'importance qu'il comporte dans ce grand laboratoire si judicieusement agencé (*Applaudissements.*)

Nos amphithéâtres, nos cliniques, nos laboratoires d'histologie et de bactériologie, vous ont montré que nous n'avons pas voulu seulement que le nouveau dentiste soit le bon opérateur, le bon mécanicien qu'il doit être pour satisfaire sa clientèle, mais que nous avons voulu encore qu'il devienne, pour le soulagement de la souffrance humaine, l'anesthésiste que veut la loi de 1892 et même un peu le médecin que la Faculté de médecine désire ambitieusement qu'il soit.

Je ne vous parle pas de notre Musée et de notre Bibliothèque, que vous avez tant admirés, compléments nécessaires d'un établissement de l'importance du nôtre, que nos amis Lemerle et Bonnard ont si bien réorganisés (*Applaudissements.*) Quant au dispensaire, il faut,pour le juger, s'y trouver le matin, au moment de la réception des malades, et voir combien de plus en plus nombreux sont ceux qui viennent y chercher un soulagement que leur situation précaire ne leur permet pas de demander à un praticien de la ville.

Les administrateurs de cette Société n'ont rien négligé pour rendre cette institution digne du but qu'elle poursuit et du rôle qu'elle joue. Ils ont cherché à réaliser cette bonne prédiction du Président d'une de nos premières séances de réouverture, le regretté professeur Paul Bert, qui nous souhaitait d'installer notre école, non plus, comme en 1880, dans un « appartement vulgaire dont on a fait tomber les cloisons, mais dans un palais comparable à ceux où sont installées les écoles américaines semblables à la nôtre. »

Mais pour obtenir ce résultat, il a fallu du temps d'abord. N'est-ce pas là le facteur indispensable à toutes les œuvres humaines ? Il a fallu aussi faire appel à toutes les bonnes volontés. Je ne saurais mieux rendre justice à tous qu'en

disant que l'enthousiasme et le dévouement ont été contagieux, qu'ils se sont étendus même au delà de notre cercle habituel et qu'ils ont gagné des personnes étrangères à notre profession et à notre Société. Je vous demande de les remercier avec tous les amis de l'institution qui nous prêtent leur concours, en même temps que nous remercions tous les administrateurs, les membres de notre Conseil technique et l'habile architecte M. Labro (*Applaudissements*), auxquels nous devons d'avoir pu sortir avec honneur des difficultés d'une édification pour laquelle nous n'avions qu'une compétence très relative.

Mais le dévouement n'a pas suffi ; il a fallu aussi de grands sacrifices d'argent, qui ont épuisé tous nos fonds disponibles, toutes nos réserves et même au delà. Je puis dire que cette construction a produit un vide considérable dans notre caisse et que nous comptons sur la générosité de l'Etat pour le combler à l'aide d'une subvention sur les fonds du pari mutuel, subvention que l'on nous a promis en haut lieu d'accorder.

Seulement, malgré tous nos sacrifices, malgré la longue durée du bail qui nous constitue pendant 30 années les quasi-propriétaires de cet immeuble, la Société n'est pas encore complètement chez elle, comme nous l'avions souhaité pour assurer sa perpétuité. Aussi quelques-uns de ceux qui s'intéressent à cette question, parmi lesquels notre dévoué trésorier, M. d'Argent, se sont-ils préoccupés de cette situation et ont-ils cherché le moyen de réaliser au bénéfice de la Société la promesse de vente consentie par le propriétaire. Quoique cet immeuble ne représente pas une valeur inférieure à 700.000 fr., ils ont réussi à élaborer des projets de souscription que je ne puis vous exposer en détail ici, mais qui permettront aux administrateurs, s'ils le désirent, de réunir les sommes nécessaires pour profiter de cette promesse de vente.

L'honorable doyen de la Faculté de médecine de Paris, en présidant, l'an dernier, notre séance de réouverture, comparait notre école à une belle jeune fille, qui avait grandi,

qui s'était développée et que tout le monde bientôt voudrait épouser. Eh bien ! vous pouvez constituer par cette souscription une dot considérable à cette jeune personne élevée dans l'indépendance, un peu à l'américaine, pour qu'elle puisse se marier, puisqu'il faut, dit-on, que les jeunes filles se marient. Et s'il se présente comme prétendant un puissant seigneur du voisinage — je veux dire l'Etat — et qu'il nous faille consentir à cette union, comme on nous le faisait déjà pressentir récemment, ce ne sera pas sans avoir fait dresser pardevant Me Yver, notre notaire, un contrat de mariage, en bonne et due forme, dans lequel toutes les stipulations seront consignées et les droits de chacun seront sauvegardés (*Applaudissements.*)

Et, messieurs, que les membres de cette fondation l'offrent un jour à l'Etat, c'est-à-dire à la France, ou qu'ils en assument longtemps encore la charge et la direction, ils ne peuvent qu'être fiers d'avoir par leur seule initiative doté leur pays d'une institution qui n'existait pas avant eux et dont vous venez d'apprécier les prodigieux développements.

Je voudrais, pour conclure, appeler votre bienveillante attention sur la philosophie de cette évolution, car il peut en sortir une utile leçon pour ceux qui ont la charge de l'avenir de cette fondation. On trouve évidemment à ses débuts une pensée de défense corporative : des jeunes gens, menacés dans leur existence professionnelle par la concurrence étrangère et par des projets de législation spoliatrice, se groupent comme font les brebis un soir d'orage. Ils comprennent que l'association est leur unique recours, l'union leur seul rempart, mais ils sentent aussi que leur salut est dans la philanthropie, dans la solidarité, et leur association devient bientôt féconde et créatrice. Leur première pensée de défense professionnelle s'étend non seulement à eux, qui sont les premiers visés, mais aux générations qui les suivront et qu'il faut protéger contre les mêmes dangers. Et cette association, créée pour être seulement un syndicat de défense, devient bientôt une école d'enseignement professionnel. Puis, à cette idée d'instruire les jeunes s'en ajoute

peu après une autre, plus grande, plus généreuse : celle de soulager en même temps les pauvres, et c'est ainsi qu'à l'école est annexé un dispensaire.

Mais à mesure que s'agrandit le but, que s'élargissent les horizons, que s'augmentent les revendications, les adhérents nous arrivent plus nombreux : ceux-ci, parce qu'ils approuvent l'initiative privée des citoyens pour la défense de leurs intérêts corporatifs opposée à l'éternelle ingérence de l'Etat ; ceux-là, parce qu'ils pensent que l'enseignement technique est mieux compris, mieux organisé par les professionnels que par les savants ou les fonctionnaires ; d'autres enfin parce qu'ils sont des philanthropes et que l'institution soulage gratuitement les pauvres malades.

Mais il y a dans cette œuvre impersonnelle, désintéressée, philanthropique, unique comme organisation, disait récemment un critique, une autre pensée qui lui a valu bien des appuis, et non des moins puissants, et que je veux en terminant, mettre en lumière : cette institution est également une école mutuelle d'enseignement civique.

En travaillant ensemble depuis vingt ans en vue d'un idéal commun, tous animés de cette foi dans le progrès humain, dans cette faculté donnée aux hommes d'améliorer par leur propre volonté les conditions de leur vie matérielle et intellectuelle, nous avons appris et nous avons ensuite enseigné à nos jeunes confrères qu'à notre époque il ne suffit pas, pour être un honnête homme d'être un praticien laborieux et consciencieux, nous avons appris et enseigné qu'il y a des devoirs sociaux à remplir, inscrits maintenant dans les lois nouvelles dont cette Société émane, le devoir de s'associer pour apporter sa quote-part au patrimoine de ses contemporains, suivant ses forces et ses aptitudes, le devoir d'enseigner à ses successeurs tout ce que l'on a appris par son travail et son expérience, devoirs qui se résument dans ce seul mot : solidarité.

Il me semble que c'est cet enseignement civique qui nous a valu, plus encore que tout le reste, le bienveillant appui, la sympathie, l'amitié même des grands esprits, des savants,

des philanthropes, que rien ne désignait dans leurs travaux antérieurs pour s'occuper spécialement de nos Sociétés si ce n'est leur constante sollicitude pour les œuvres qui ont, comme celle-ci, pour base l'initiative privée, comme but l'intérêt général et comme maxime la solidarité (*Applaudissements.*)

C'est pourquoi, messieurs, je vous demanderai de lever vos verres avec moi, en l'honneur des membres du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, présidents de nos séances de réouverture des cours, de notre président d'honneur M. Chautemps, de notre président M. Lecaudey et de tous les amis et collaborateurs de l'Ecole dentaire de Paris (*Applaudissements prolongés.*)

DISCOURS DE M. MARTINIER

Président de l'Association générale des dentistes de France.

Messieurs,

L'Ecole dentaire de Paris, fondée il y a près de 20 ans, par l'Association générale des dentistes de France, reçoit aujourd'hui les membres de cette Association, c'est-à-dire les ouvriers de la première heure, qui sont restés ses fidèles collaborateurs, et leur fait les honneurs de sa nouvelle installation, définitive celle-là, parce qu'elle répond incontestablement non seulement aux besoins actuels, mais encore à ceux qui peuvent surgir dans l'avenir.

Au nom de l'Association générale des dentistes de France, je remercie l'Ecole dentaire de Paris de sa gracieuse et somptueuse hospitalité, qui a su donner un charme tout particulier à cette réunion confraternelle, à cette fête familiale, que nous sommes heureux d'avoir pu organiser chez elle, au lieu de demander, comme par le passé, un asile temporaire à ceux qui consentaient à nous recueillir. A l'Ecole dentaire de Paris nous nous sentons chez nous ; c'est le foyer domestique, avec de bons amis auprès de soi et ce confortable qui a tant de prix et qu'on ne retrouve nulle part ailleurs.

Je ne me bornerai pas à remercier l'Ecole dentaire de Paris de son accueil, je la féliciterai aussi, après avoir

visité en détail son grandiose établissement, d'avoir su, par des efforts incessants, amener à ce point l'œuvre commencée en 1879 par l'Association générale des dentistes de France.

Cette prospérité n'est d'ailleurs que la conséquence du mouvement qui se produit dans tous nos groupements professionnels, que le résultat du relèvement corporatif que notre Association avait en vue quand elle s'est fondée. Le progrès marche sans cesse en vertu d'une loi inéluctable, pénétrant même dans les régions les plus reculées, enveloppant tout, hommes et choses, dans son action transformatrice et civilisatrice. Que de chemin parcouru depuis cette fondation ! Quel changement profond dans les conditions d'exercice de notre profession ! Quels que soient les désirs que nous ayons encore à formuler, si nous comparons le présent au passé, nous ne pouvons que nous féliciter de l'amélioration notable apportée à la situation morale des chirurgiens-dentistes, car elle constitue une victoire péniblement gagnée. C'est une position que nous avons enlevée après avoir livré bien des batailles. Aussi, notre premier soin doit-il être de la conserver, de la fortifier et de la rendre inexpugnable.

Nous avons des devoirs à remplir, des droits à sauvegarder ; il ne dépend que de nous d'étendre les premiers et de consolider les seconds, en les augmentant. Nous reposer sur nos lauriers, interrompre notre marche ascendante, c'est-à-dire nos succès, constituerait une capitulation que ne commandent aucun danger pressant, aucune nécessité impérieuse. Nous arrêter en si beau chemin serait une abdication, un aveu d'impuissance, que notre passé nous interdit et que l'état présent de notre profession ne saurait aucunement justifier.

Les résultats dont nous sommes redevables à notre propre initiative ne sont-ils pas assez beaux pour nous stimuler et pour inciter notre ardeur ? Ne devons-nous pas, au contraire, assister avec satisfaction à la propagation rapide de ce mouvement dans toutes les parties de notre pays ? Ne devons-nous pas voir avec joie la vie se répandre dans les divers milieux et surgir de tous côtés des groupements

corporatifs soucieux des intérêts généraux de la profession ?

Il est des questions d'ordre primordial qui préoccupent à juste titre tous nos confrères ; le meilleur moyen de les résoudre n'est-il pas l'association, où les intelligences s'unissent, où les forces se mettent en commun, où les ressources se complètent ? Aussi est-ce avec une joie sans mélange que nous saluons l'éclosion de toutes les sociétés fondées sur une base analogue à la nôtre : au sud-ouest, au sud-est, au nord, au centre, au nord-ouest, et que nous applaudissons à toutes les créations du même genre.

Quelle preuve plus convaincante de la vitalité de ces Sociétés pourrais-je vous donner que l'organisation de Congrès nationaux ou régionaux comme ceux de Bordeaux en 1895, de Nancy en 1896, de Marseille il y a quelques jours, et comme celui qui va avoir lieu à Lyon au mois d'août prochain et qui s'annonce sous les plus heureux auspices, sans parler du grand tournoi international que nous préparons pour 1900 et où l'art dentaire français devra paraître avec honneur (*Applaudissements.*)

Ainsi de tous côtés, le groupement professionnel se produit et dans chaque société corporative la vie se manifeste par le mouvement, les réunions, les discussions. Au sein de ces groupes ouverts à tous nos confrères, anciens ou nouveaux, qui jugent profitable de distraire quelques heures de leurs occupations pour les employer à travailler dans l'intérêt général, sont exposées et examinées des idées dont la réalisation assure un avantage réel, sont prises des mesures propres à resserrer les liens confraternels et à accélérer la marche du progrès.

Comment ne pas se féliciter de cette activité, de cette vitalité, qui viennent à leur jour, à leur heure, précisément au moment où commence la disparition des petits cénacles rigoureusement inaccessibles à quiconque ne peut montrer la patte blanche du doctorat en médecine, au moment où la cloche des petites chapelles hermétiquement fermées aux simples dentistes, c'est-à-dire à des praticiens soucieux d'exercer leur art avec conscience et habileté, ne fait plus

entendre qu'un tintement qui ressemble beaucoup plus à un glas funèbre qu'à un joyeux carillon (*Applaudissements.*)

A une époque de liberté, de démocratie, d'égalité comme celle où nous vivons, où l'association constitue le levier le plus puissant, la force à laquelle rien ne résiste, les sociétés qui se basent sur les seuls intérêts médiocres d'une caste privilégiée, mais peu nombreuse, sont fatalement condamnées à l'impuissance, aujourd'hui que la loi du plus grand nombre est acceptée par tous, au moins dans les pays de suffrage universel (*Applaudissements.*) Le jour où ces Sociétés perdent le chef qui leur donnait la notoriété et incarnait à lui seul un principe, elles perdent en même temps l'éclat qu'il avait projeté sur elles, deviennent un corps sans âme et s'acheminent peu à peu vers le néant.

A ce groupement corporatif, que nous constatons avec d'autant plus de plaisir que nous l'avons souhaité et sollicité sans cesse depuis dix-huit ans, est venue se joindre tout naturellement une presse professionnelle régionale, exposant et soutenant les idées émises dans les divers groupes et contribuant par cela même à leur diffusion.

Tout semblerait donc être pour le mieux. Une loi établit les droits et les devoirs des chirurgiens-dentistes français ; des groupements scientifiques et syndicaux se créent, conformément à la loi, et travaillent sérieusement à en étendre les bienfaits dans toutes les régions de la France. Il paraîtrait donc inexplicable qu'un désidératum nouveau pût être formulé à ce moment, et cependant il nous est pénible de faire cette constatation.

A ce propos, je crois devoir vous signaler le langage tenu dernièrement par une personnalité marquante de notre profession dans une Société analogue à la nôtre. A une réunion récente de l'Association des dentistes du Rhône et de la région, le très distingué président de la Société, M. le Dr Claude Martin, que j'ai le plus grand plaisir à voir parmi nous ce soir et devant qui je suis heureux de défendre notre programme, a présenté quelques réflexions sur l'enseignement de l'art dentaire en France. La plus large

publicité a été donnée à son discours, avec raison, du reste, puisque la question doit être traitée cette année au Congrès de Lyon et faire l'objet d'un vote.

M. le directeur de notre école s'est chargé de répondre à ces réflexions en ce qui concerne le programme d'enseignement lui-même ; mais il me paraît indispensable de m'élever contre quelques-unes des affirmations de notre éminent confrère, parce qu'elles sont en opposition directe avec les visées de notre Association et les idées qui inspirent sa ligne de conduite. M. Claude Martin, qui est partisan de l'enseignement de l'art dentaire par les Facultés, en le plaçant tout entier sous le contrôle de l'Etat, divise les dentistes actuels en deux classes : « *Ceux qui doivent apprendre l'art dentaire avant de l'exercer et ceux qui peuvent l'exercer sans le connaître. Or, il est certain, ajoute-t-il que cette dernière classe tend à être de plus en plus nombreuse, la surabondance des docteurs en médecine poussant un grand nombre de ceux-ci à se spécialiser comme médecins-dentistes et, dans quelques générations, non seulement le simple dentiste aura disparu, mais les chirurgiens-dentistes même seront en minorité* ».

Je ne saurais, messieurs, trop appeler votre attention sur ces paroles qui, dans la bouche du praticien éminent qui les a prononcées, revêtent une importance d'autant plus grande que, ainsi que je vous le signalais il y a un instant, l'enseignement de l'art dentaire est un des sujets qui doivent venir en discussion au congrès de 1898 à Lyon, et que notre confrère se propose de soumettre à cette assemblée un vœu tendant « *à ce que l'État accorde aux universités le concours nécessaire pour l'organisation de l'enseignement de cet art* ».

Ainsi, un des nôtres, un mécanicien expérimenté, un dentiste de la vieille roche, qui a publié les remarquables travaux que chacun connaît et apprécie ; ce praticien à l'ingéniosité duquel on rend hommage et à qui on a vu, avec la plus vive satisfaction, conférer une récompense nationale, méritée par ses précieux appareils de prothèse (*Applau-*

dissements prolongés) ; un tel homme déclare hautement aujourd'hui que notre spécialité a vécu, que les dentistes vont disparaître, et il demande dès à présent à l'Etat de recueillir leur succession en déshérence ! Nous croyons, pour notre part, que c'est s'aveugler étrangement et, comme nous ne suspectons nullement la sincérité et la conviction de celui qui a formulé cette prophétie et la proposition qui l'accompagne, nous sommes obligé de lui signaler son erreur.

Comment, nous sommes nés d'hier, une loi nouvelle, faite un peu pour nous, — il faut bien le dire — nous a assigné une place à part, a créé pour nous des examens et un diplôme qui nous confère des droits spéciaux, et, au mépris de cette situation, on annonce notre fin prochaine ! Nous trouvons que c'est quelque peu téméraire et aventureux.

Comment, nous qui avons par notre propre initiative créé de toutes pièces un enseignement professionnel ; *qui lui avons donné son véritable caractère*, d'après M. Martin lui-même ; nous qui luttons depuis bientôt vingt ans pour séparer notre spécialité des autres spécialités médicales auxquelles on voulait la comparer et dans lesquelles on espérait la confondre, nous accepterions de gaieté de cœur et sans protestation d'entendre dire que nous allons bientôt être absorbés par les docteurs en médecine, qui, de l'aveu encore de notre honorable contradicteur, *ont tout à apprendre dans notre art, depuis la pathologie dentaire jusqu'aux minutieux détails de la technique* ! (*Applaudissements*).

Est-ce que, par hasard, l'expérience que nous avons tentée n'a pas réussi ? Est-ce que, les chirurgiens-dentistes sont au-dessous des devoirs professionnels qui leur incombent ? Ou bien notre savant confrère de Lyon croit-il que les quelques docteurs en médecine actuels leur sont supérieurs dans la pratique et dans les connaissances indispensables à l'exercice de l'art dentaire ? Il sait bien le contraire, sinon il faudrait — ce qui semblerait paradoxal — qu'il doutât de sa propre science. Est-ce que les candidats au

diplôme de chirurgien-dentiste ne sont pas assez nombreux pour suffire aux besoins de la clientèle nationale? Personne ne songera à le contester.

Nous sommes loin d'être hostiles aux études scientifiques les plus étendues, bien au contraire ; elles nous permettent d'assimiler rapidement la partie théorique de l'enseignement et constituent une base solide sur laquelle reposent les connaissances techniques acquises ultérieurement ; mais l'art dentaire présente aussi un côté artistique, qui le rend comparable aux autres arts. Certains travaux — ce sont actuellement les plus fréquents — exigent un sens esthétique développé, une adresse très grande et une remarquable ingéniosité, qu'il n'est pas possible d'acquérir en dehors des écoles professionnelles.

C'est à ces travaux et à ces écoles libres que les Américains doivent la réputation dont ils ont joui en France pendant un certain nombre d'années, parce qu'ils s'y consacraient presque uniquement avant la fondation de nos deux écoles similaires. Ils exécutaient dans la bouche avec une rare perfection de véritables travaux de bijouterie, présentant de très grandes difficultés : ce fut la cause de leur succès. Pour entreprendre ces opérations délicates, le savoir scientifique et médical ne suffit pas ; il est indispensable avant tout d'acquérir une habileté manuelle que, seule, une pratique longue, minutieuse et méthodique, peut assurer ; il est indispensable de s'astreindre à des manipulations ingrates, auxquelles peut très difficilement se plier l'homme qui vient de terminer ses études en médecine.

Si donc, nous admettions que nous devons être absorbés par les docteurs en médecine, il est bien sûr qu'à part de rares exceptions l'art dentaire en France, tel qu'il doit être envisagé et tel que nous avons essayé d'en organiser l'enseignement, ne tarderait pas à disparaître, en ce qui concerne du moins les travaux dont je viens de parler. Les docteurs l'ont si bien compris eux-mêmes qu'un certain nombre d'entre eux sont allés demander à la Faculté de médecine le diplôme de chirurgien-dentiste.

Un accord sera sans doute réalisable avec notre confrère de Lyon sur la question de l'enseignement, un jour ou l'autre, à la condition toutefois que cet enseignement ne soit pas créé uniquement au profit des docteurs en médecine. Mais, en attendant, il n'est pas possible de laisser passer sans protestation les allégations de notre savant contradicteur, il n'est pas possible qu'il réclame de nous notre abdication, qu'il exige que nous creusions notre propre tombeau pour nous y ensevelir nous-mêmes; et cependant le vœu qu'il songe à soumettre à l'assemblée de Lyon ne tend à rien moins qu'à ce suicide volontaire.

En présence de cette condamnation injustement prononcée contre toute une profession, il est du devoir des dentistes français, quels que soient leurs titres ou leurs diplômes de s'opposer à ce que cette proposition soit prise en considération.

Partout où l'art dentaire est florissant, il existe un enseignement technique spécial avec un diplôme spécial ; en Amérique, en Angleterre, en Allemagne et ailleurs.

C'est pour rétablir l'égalité, c'est pour nous permettre de mieux supporter la concurrence que nous font les étrangers, c'est enfin pour récompenser notre savoir que ce diplôme a été établi chez nous. Puisqu'il nous confère des droits, il importe que nous sachions les sauvegarder et que nous nous unissions pour les défendre. Nous pouvons facilement faire cette *concentration*, pour employer un mot redevenu pendant quelques jours à la mode, sur un programme posant comme principe fondamental que ces droits sont intangibles.

L'enseignement que nous avons créé à Paris peut être organisé en province sur les mêmes bases ; il suffit de faciliter aux groupements régionaux les moyens de fonder des écoles dentaires libres. A cet égard, l'Association générale des dentistes de France, qui comprend aujourd'hui quatre cent cinquante membres, peut jouer un rôle important, si elle se met à la tête du mouvement. Elle qui accueille dans son sein les praticiens de toutes les catégories, depuis le plus modeste mécanicien jusqu'au docteur, pourvu qu'ils

exercent honorablement ; elle qui compte des membres sur tous les points de la France ; elle qui n'a d'autre but que d'assurer le progrès par l'entente commune, peut mieux que toute autre, dépourvue comme elle l'est de couleur politique professionnelle, prendre la défense des droits des dentistes et favoriser la création des écoles provinciales.

Elle dispose pour cela de moyens d'action assez puissants qu'elle peut mettre au service des sociétés régionales : appui moral et effectif, presse, subventions et autres. Et, s'il m'était permis de définir ce rôle dans l'état actuel, je formulerais ainsi le programme des revendications des chirurgiens-dentistes établi sur le principe de l'égalité de ces derniers et des docteurs en médecine quant à leurs droits, principe posé par la loi de 1892 :

1° Maintien aux écoles dentaires libres fondées par des associations professionnelles de l'enseignement technique, que seules elles peuvent donner avec le maximum de valeur pratique;

2° Accès des dentistes, au même titre que les docteurs en médecine dentistes, dans tous les établissements de l'Etat et dans toutes les administrations publiques où leur art est applicable : écoles spéciales, lycées, collèges, hôpitaux civils et militaires, etc. ;

3° Réforme du 3e examen pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste de l'Etat, à cause de l'insuffisance des épreuves de pratique technique qui devraient être les plus importantes ;

4° Recrutement du jury du 3e examen parmi les chirurgiens-dentistes.

C'est là un programme sur lequel l'entente sera aisée et, si nous unissons nos efforts, il nous sera facile de le faire adopter et de triompher ainsi de l'opposition inattendue que nous venons de rencontrer. C'est à notre Association, qui n'a en vue que l'intérêt général, qu'il incombe de combiner l'action isolée des différents groupes afin de tirer de ces efforts réunis des résultats dont l'effet profitera au plus grand nombre.

Je crois cette tâche digne de notre Association, je suis assuré du succès et je m'estimerais très heureux si je pouvais y contribuer en mettant au service de cette cause toute l'ardeur et tout le dévouement dont je suis capable.

Messieurs,

Je bois à l'union des dentistes français, à la prospérité de notre Association et au triomphe des idées qui lui sont chères (*Applaudissements répétés.*)

TOAST DE M. D'ARGENT

Président de la Société d'Odontologie.

Mes chers confrères,

Appelé à prendre la parole le troisième, il n'est pas douteux que j'aurais mauvaise grâce à retenir longtemps votre attention. A ce moment de notre petite fête, où les conversations ne demandent qu'à s'animer et la gaîté à prendre essor, mon devoir est d'être bref. Je le serai, et d'autant plus facilement qu'il ne me reste rien ou pas grand'-chose à dire. En effet, après les nombreuses et excellentes idées émises, il y a quelques instants, par mes collègues et amis MM. Godon et Martinier, que pourrais-je ajouter sans superfétation ? Et cependant, qu'il me soit permis d'exprimer à l'École dentaire de Paris combien la Société d'Odontologie est fière et heureuse d'être abritée dans ces vastes et confortables locaux, où elle trouve, pour ses séances, le cadre le plus approprié ; qu'il me soit permis de constater que l'activité qui règne à la Société d'Odontologie et le travail incessant qui s'y est toujours fait, en vue de nous maintenir dans la voie du progrès, ont contribué, dans une certaine mesure, au résultat satisfaisant que nous avons le plaisir d'enregistrer à cette heure.

L'influence de la Société scientifique sur la prospérité et la vitalité de notre groupe est incontestable et peut porter son enseignement. Bien que nos réunions mensuelles ne comportent que l'examen et la discussion de questions se rattachant au développement de notre art, elles n'en sont pas

moins autant d'assemblées amicales, qui multiplient les occasions d'échanger, soit avant, soit après les séances, les idées les plus diverses, de sceller les meilleures relations et souvent de dissiper des nuages plus ou moins inopportuns.

En résumé, plus nos membres se retrouvent, plus ils s'estiment et se solidarisent sur tous les terrains, et la Société d'Odontologie a beaucoup favorisé ces heureux rapprochements, parce que ses réunions sont relativement fréquentes.

Je voudrais persuader les confrères de province des grands bienfaits des groupements intellectuels : ils entretiennent la vie et l'activité au sein des corporations, et si l'attraction des sociétés purement créées en vue des intérêts matériels est intermittente, le programe scientifique, au contraire, se renouvelle sans cesse et excite perpétuellement notre curiosité, autant que notre désir d'apprendre et de nous perfectionner (*Applaudissements.*)

Nous engageons donc les Sociétés régionales à se multiplier et à marcher franchement dans cette voie ; nous les saluerons à leur naissance et nous les encouragerons efficacement. Nous savons que la science contenue et emprisonnée ne récompense pas les chercheurs comme ils le méritent ; d'un autre côté, les publications périodiques sont souvent trop onéreuses aux jeunes Sociétés ; qu'à cela ne tienne, nous mettrons notre journal à leur disposition, de même que nous leur ouvrirons toutes grandes les portes de notre Société, afin qu'ils puissent donner la plus grande extension à leurs études, à leurs découvertes et à leurs démonstrations.

Les éléments, en province, sont loin de manquer. Ils sont même des plus brillants ; il suffit de les mobiliser.

Les communications qui nous furent faites par nombre de nos confrères de toutes les régions françaises, et notamment par MM. Rosenthal, Schwartz, Nux, Rigolet, Monin, Chouville, Hess, ne nous laissent aucun doute sur l'importance qu'il sauront donner à leur milieu scientifique.

Puissent mes paroles avoir toute la portée désirable, et elles l'auront, si vous voulez bien vous joindre à moi, mes-

sieurs, et témoigner de leur utilité en levant votre verre à la prospérité des Sociétés scientifiques de province, et à un de leurs représentants aujourd'hui présent : M. Schwartz, de Nîmes (*Applaudissements.*)

ALLOCUTION DE M. LE Dr EM. LECAUDEY

Directeur honoraire de l'Ecole.

Mes chers confrères,

Je suis heureux de prendre la parole pour remercier à mon tour nos anciens et chers présidents qui nous ont fait l'honneur de se rendre à notre invitation.

Je me promettais le plaisir de saluer l'un d'eux, M. Brisson, que sa haute personnalité et l'intérêt qu'il a toujours porté à notre œuvre désignaient pour nous présider en ce soir de fête ; mais les événements politiques le retenant loin de de nous, M. Chautemps a bien voulu le remplacer, et je tiens à le remercier de la bonne grâce et de la cordialité avec lesquelles il l'a fait.

C'est avec une vive joie, mes chers confrères, que je considère notre nombreuse réunion ; je considère avec un plaisir non moins vif cette grande salle où nous nous trouvons, salle de travail chaque jour, transformée en salle de fête ce soir.

Je ne puis m'empêcher de me reporter en pensée à nos débuts. Que d'efforts depuis ces premiers jours ! Mais aussi que d'efforts heureux ! Que de succès ! La plus grande part en revient à l'heure actuelle à notre confrère et ami Charles Godon (*Applaudissements*), qui ne cesse d'apporter à notre chère Ecole tous ses soins, une direction éclairée et le plus infatigable dévouement. En lui, se résume, pour ainsi dire, l'âme même de notre institution. (*Applaudissements.*)

Rendons hommage au corps enseignant qui le seconde, à nos professeurs et à nos chefs de clinique ; mettant en commun leurs études, leurs observations, leur expérience, ils ont contribué à établir une science professionnelle dont

tout dentiste doit s'inspirer aujourd'hui et dont nous pouvons à juste titre être fiers.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le Gouvernement, sur la proposition de notre Conseil de direction, s'est plu à distinguer plusieurs d'entre eux. Notre excellent confrère Viau, l'un de nos premiers fondateurs et de nos plus anciens professeurs, a été nommé officier de l'instruction publique. (*Applaudissements.*) Les présidents autorisés de nos associations, nos confrères Martinier et d'Argent ont reçu les palmes d'officier d'Académie. (*Applaudissements.*) Un de nos professeurs, M. le Dr Launois, a été récemment promu, après un brillant concours, professeur à la Faculté de médecine; cet honneur, dont nous le félicitons, jette un nouvel éclat sur notre corps enseignant tout entier. Enfin, notre confrère Touchard a été nommé membre du jury d'admission de la classe 16 pour l'exposition de 1900. (*Applaudissements.*)

Nous voici, messieurs, installés à la fois selon nos souhaits et selon les règles de la science. Nous avons voulu fêter cette date décisive pour nous.

Je bois à la prospérité toujours croissante de notre institution. Je bois à son triomphe, en rappelant les deux sentiments auxquels ce dernier est dû, sentiments que résument les deux mots de notre devise : *Union, Progrès.* (*Applaudissements.*)

*
* *

Il me reste à remplir un très agréable devoir.

L'Ecole dentaire de Paris a coutume d'offrir chaque année un témoignage particulier de sa gratitude à deux de ses professeurs.

Je suis chargé de remettre en son nom une médaille d'or à notre confrère Ronnet (*Applaudissements*), et une médaille d'argent à notre confrère Prest. (*Applaudissements.*)

Notre ami Ronnet est, je crois, le doyen de nos professeurs ; nous avons tous pu apprécier, en même temps que

son zèle pour le développement et les intérêts de l'Ecole, la belle loyauté de son caractère ; nous lui devions cette marque d'affectueuse estime. (*Applaudissements.*)

Auprès de lui, notre confrère Prest a maintes fois manifesté son constant dévouement à notre œuvre.

Nous les remercions tous deux. (*Applaudissements.*)

ALLOCUTION DE M. LE Dr CHAUTEMPS

Député de la Haute-Savoie.

Messieurs,

Je ne m'attendais pas à présider votre réunion confraternelle. Je dois cet honneur à l'absence d'une personnalité éminente, empêchée au dernier moment par une mission difficile, personnalité à laquelle nous souhaiterons un grand succès dans le travail de prothèse gouvernementale que lui a confié M. le Président de la République (*Applaudissements*).

Il est un point toutefois sur lequel je ne crains pas la comparaison avec M. Henri Brisson : c'est mon affection pour vous ; lui et moi, nous sommes, en effet, de vieux amis de votre institution, et, si je parle de l'Ecole dentaire de Paris, ma pensée ne la sépare pas de sa jeune sœur, l'Ecole odontotechnique (*Applaudissements*). Aussi, puisque je cite cette autre association, émule de la vôtre, dont je vois plusieurs membres parmi vous, je saluerai dans votre réunion les représentants de l'art dentaire de toute la France (*Applaudissements*).

J'ai éprouvé tout à l'heure une joie très vive en visitant votre installation grandiose, où l'on trouve partout de l'air, de la lumière, de l'espace, où tout est gai et vivant et où rien ne semble officiel, où rien ne rappelle l'Etat. Il est hors de doute que si vous avez prospéré ainsi, à l'aide de vos seules ressources, c'est parce que vous ne le devez qu'à vous-mêmes et que vous êtes dans un pays libre (*Applaudissements répétés*).

J'ai entendu dans les discours qu'on vient de prononcer

discuter des questions graves : doit-on vous laisser votre vie propre ou doit-on vous incorporer dans les Facultés de l'Etat ? Je vous ai entendus dire que M. le professeur Brouardel vous comparait à une belle jeune fille, dont vous envisagez l'union éventuelle avec un puissant seigneur, union qui comporterait des mesures de précaution. Eh bien, croyez-moi : ne vous mariez pas *(Applaudissements)* ; cela ne vous empêchera pas de rester sage *(Applaudissements)*.

J'avoue que, pour ma part, je me suis employé à empêcher ce mariage, que d'aucuns voulaient conclure. Il s'était glissé dans le budget un amendement aux termes duquel l'enseignement dentaire aurait été organisé dans quelques Facultés de l'Etat, ce qui aurait coûté aux contribuables la bagatelle de 150.000 francs. Quelques amis et moi nous sommes intervenus pour éviter que l'Etat ne fît mal pour cette somme ce que vous faites si bien pour rien : l'amendement a disparu et l'enseignement dentaire est resté libre *(Applaudissements)*. Vous ne coûtez rien à l'Etat, et la Ville ne vous donne que 2.000 francs ; c'est tout bénéfice.

A Paris nous avons quantité de Chambres syndicales qui enseignent parfaitement leur art, parce que, quand une profession se mêle d'enseignement, elle fournit comme professeurs ses sujets les plus distingués et donne véritablement ce qu'elle a dans le cœur, tandis que si cet enseignement était assuré par l'Etat, le corps enseignant ne comprendrait que des fruits secs de cette corporation *(Applaudissements)*.

Rien ne vaut en matière d'enseignement technique celui qui est donné par les professionnels eux-mêmes. Ce qui confirme ce que j'avance, c'est votre propre exemple ; vous avez trop bien réussi pour qu'on puisse songer à vous retirer ce que vous faites et gâter une œuvre si bien menée et qui va si bien *(Applaudissements)*.

Vous avez passé en revue, Monsieur le Président, l'histoire de votre profession depuis vingt ans. A cette époque, la situation du plus grand nombre des dentistes était menacée et vous étiez inquiets. Vous étiez une poussière d'atomes isolés, et vous n'aviez pas de force ; mais vous vous

êtes ressaisis, vous vous êtes groupés, et vous n'avez pas seulement affermi vos situations professionnelles, vous avez par surcroît donné à la santé publique une sécurité qu'elle n'avait pas lorsque le public était à la merci des empiriques. Vous avez fait mieux : vous avez prodigué des soins gratuits aux malheureux et fait œuvre de solidarité. Vous avez fait œuvre de solidarité non pas seulement philantropique, mais scientifique : vous avez créé des groupements, des congrès, des revues, qui n'existaient pas. Honneur à vous ! Vous n'avez pas seulement bien mérité de votre corporation, vous avez bien mérité de votre pays *(Applaudissements)*.

Mais je ne dois pas oublier que je parle le cinquième et que je n'en ai déjà que trop dit; aussi m'arrêterai-je là. Je bois à l'Ecole dentaire de Paris, je bois à l'Ecole odontotechnique, je bois à tous les hommes qui honorent votre art, je bois à vos belles et utiles Associations *(Applaudissements prolongés)*.

TOAST DE M. VILLAIN

Conseiller municipal de Paris.

Je tiens à remercier les organisateurs de ce banquet d'y avoir convié des édiles parisiens. Il ne peut être qu'agréable en effet à des conseillers municipaux de constater que vous faites du bien en enseignant l'art dentaire et en donnant gratuitement aux malheureux le secours de vos talents. Je vous féliciterai donc de rendre tant de services. (*Applaudissements*). Vous ne nous coûtez rien — c'est comme contribuable que je parle — et vous nous êtes d'une incontestable utilité. (*Applaudissements*).

Je vous féliciterai aussi de ne pas avoir demandé une école municipale d'art dentaire. Il a été fondé des écoles professionnelles municipales au prix de grandes dépenses, et les résultats qu'elles donnent ne sont pas en rapport avec les sacrifices qu'elles exigent. — (C'est toujours comme contribuable que je parle). On recherche un idéal et, comme on dispose

d'un très gros budget, on y puise largement, sans obtenir le succès sur lequel on serait en droit de compter.

La Ville a des architectes; vous en avez aussi, mais ils ne vous coûtent rien, puisque leurs honoraires sont prélevés sur les réductions qu'ils obtiennent des entrepreneurs, et ils vous construisent cependant des établissements aussi commodes que magnifiques. (*Applaudissements*).

Tout à l'heure on parlait de vous marier. Si vous m'en croyez, vous resterez célibataire et vous résisterez aux tentations de l'Etat et du Conseil municipal. (*Applaudissements*).

Au nom de ce dernier je vous remercie de ce que vous faites pour nos pauvres, en déchargeant l'Assistance publique d'un travail auquel elle n'est pas préparée. Continuez l'œuvre que vous avez entreprise, continuez l'union, la conciliation, continuez enfin de travailler à tout ce qui est susceptible d'élever encore votre corporation en assurant vos succès. (*Applaudissements*).

TOAST DE M. SCHWARTZ, DE NIMES

Président de l'Association des dentistes du Sud-Est.

Je vous apporte, mes chers confrères, le salut confraternel, au nom de la Société des dentistes du Sud-Est. Il existe un vieux proverbe qui dit que quand on veut on peut. Votre passé de vingt ans témoigne largement que vous avez voulu.

Si l'Amérique a eu une supériorité sur la France à un moment donné, c'est uniquement aux groupements professionnels qu'elle le doit. Votre groupement vous assurera le succès.

Je bois à la prospérité des écoles et à celle de tous mes confrères. (*Applaudissements*).

TOAST DE M. LE Dr MAURICE ROY

Professeur suppléant à l'Ecole.

Messieurs,

Dans une fête comme celle-ci, alors que tout est à la joie, on ne peut s'empêcher de penser néanmoins à ceux qui ne

sont plus et qui seraient si heureux d'être aujourd'hui avec nous.

Les morts ont été assez nombreux depuis la fondation de cette École ; mais deux noms doivent être plus particulièrement évoqués ce soir en raison de la part que ces deux hommes, l'un venu du corps médical, l'autre du corps professionnel, prirent à la préparation du résultat que nous fêtons aujourd'hui : j'ai nommé le docteur Thomas, dont le buste orne cette salle, et notre ami Dubois. Ils furent à la peine ; ils ne sont malheureusement pas à l'honneur, mais je crois qu'il était nécessaire de rappeler leur nom dans cette soirée.

Permettez-moi d'ajouter encore un mot, à moi qui par mon passé suis déjà un *vieux* de cette Ecole, pour me réjouir avec vous de l'heureux événement que nous fêtons aujourd'hui.

En 1880, l'Ecole, comme un navire, partait pour un long et périlleux voyage, la route était ardue et semée d'écueils, mais notre navire les a tous heureusement surmontés, et le but atteint récompense largement son équipage des dangers courus. Arrivé au terme du voyage, cet équipage ne doit pas oublier le pilote qui l'a vaillamment conduit à la victoire et lui a fait franchir sans succomber tous les obstacles. Aussi je lève mon verre à notre ami Godon, notre pilote, sur qui doit rejaillir tout l'éclat de la fête d'aujourd'hui. (*Applaudissements.*)

TOAST DE M. LE Dr E. CORAINI

Élève de l'École.

Messieurs,

Au nom de mes camarades étrangers, je désire porter la santé de l'Ecole dentaire de Paris, dont j'ai la joie d'être l'élève, séduit que j'ai été par le coup d'œil de cette grande salle de dentisterie opératoire, que j'ai vue le matin en plein fonctionnement, lorsque je me disposais, en venant d'Italie, à aller étudier votre art en Angleterre.

Je désire porter également la santé de nos professeurs pour l'excellent enseignement qu'ils nous donnent et pour leurs conseils de tous les instants, qui servent à guider nos pas.

Quand nous quitterons cette Ecole, devenus vos confrères, nous emporterons dans notre patrie le doux souvenir du temps que nous y aurons passé et le respect des maîtres que nous y aurons connus ; nous désirerons, tout comme vous, sa prospérité et nous serons heureux de vous revoir chez nous, nos invités cette fois, afin de pouvoir vous renouveler l'expression de nos sentiments amicaux dans un dîner confraternel comme celui de ce soir.

Je lève mon verre à l'Ecole dentaire de Paris et j'adresse nos remerciements à son corps enseignant et à ses administrateurs. (*Applaudissements*).

TOAST DE M. LE Dr QUEUDOT

Président de la Société odontologique de France.

Les avantages accordés à l'une des Ecoles dentaires rejaillissant toujours sur l'autre, au nom de l'Ecole odontotechnique je lève mon verre au succès de sa grande et puissante sœur l'Ecole dentaire de Paris. (*Applaudissements*).

TOAST DE M. SERRES

Professeur à l'Ecole.

En ma qualité de plus ancien des professeurs non dentistes de l'institution, je porte la santé de l'Ecole dentaire de Paris. En voyant la nombreuse réunion de ce soir, en parcourant votre grandiose établissement, je reporte forcément mon souvenir vers l'appartement de la rue Richer et j'avoue que les plus ambitieux ne pouvaient espérer un développement comme celui qui s'est produit, développement qui est un vivant exemple de ce que peut le groupement professionnel. (*Applaudissements*).

Je bois à l'Association des dentistes de France. (*Applaudissements*).

TOAST DE M. LE Dr BÉRILLON

En présence des succès remarquables de votre entreprise, il est bon de se rappeler les luttes et les efforts qui en ont marqué le début. Finalement la victoire vous est restée, mais c'est au prix de bien de la peine. Si vous avez rencontré de l'opposition, vous avez rencontré aussi des sympathies, et les médecins ont vu fonder votre œuvre avec une vive satisfaction. Pour moi, qui en ai suivi attentivement l'évolution, je puis vous assurer que vous êtes tenus en grande estime par les indépendants du corps médical. (*Applaudissements*).

TOAST DE M. DUCOURNAU

Président de la Société Odontotechnique.

Je m'associe aux paroles prononcées par mon collègue et ami le Dr Quedot et je vous demande de lever nos verres à la santé de M. Lecaudey, votre vénérable doyen, auquel je souhaite encore de longues et heureuses années de vie. (*Applaudissements*).

3e DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

Présidence de M. le Dr Lecaudey.

M. Papot, président de la Commission scolaire donne lecture du palmarès.

PALMARÈS

Année scolaire 1896-97.

3e année.

Elèves ayant obtenu le nombre de points fixé par le règlement et auxquels sont accordés le diplôme de l'Ecole dentaire et les récompenses suivantes :

Maximum des points : 126. Minimum : 74.

Session de juillet.

M. Robach, Louis.............................. 114 points

1er *Prix d'excellence* : 1re Médaille d'argent offerte par l'Ecole.
— de vermeil de M. le Ministre du commerce.
Prix WHITE de Philadelphie : Tour à fraiser.

M. CALAME, Jules 111 3/4

2e *Prix d'excellence* : 2e Médaille d'argent offerte par l'Ecole.
Prix KŒLLIKER : or et fouloirs de Trey.

M. LANNOIS, Louis ..... 108 points.

3e *Prix d'excellence* : Médaille de bronze offerte par l'Ecole.
Prix HEYMEN-BILLARD : Ecrin et 12 daviers.

M. VIERS, Gaëtan ..... 105 points

1re *Mention honorable* : Prix Vor SIMON : Trousse et 12 daviers.
Prix de clinique : Prix BERTHAUX : Volumes.

M. BOUZIQUE, Eugène ..... 105 points

2e *Mention honorable* : Prix REYMOND frères : Stérilisateur.

M. ROQUES, Jules ..... 101 points

3e *Mention honorable* : Prix du Conseil général de la Seine ; Volumes.

M. VINCENT, Georges 100 3/4

4e *Mention honorable* : Prix du Conseil général de la Seine ; Volumes.

M. GRÜTER, Hans.

Prix d'Epreuves pratiques : Prix CORNELSEN : Maillet automatique.

M. CRAPEZ, Auguste ..... 93 points
M. OUSTRIC, Marius 89 3/4
Mme PICOT, Jeanne 89 1/2
M. LEMAIRE, Hector ..... 89 points

Prix de prothèse : Prix JOUBERT : Coryleur.

		points
MM.	CRAPEZ, Auguste.	93
	OUSTRIC, Marius.	89 3/4
Mme	PICOT, Jeanne...	89 1/2
MM.	LEMAIRE, Hector.	89
	GUEX, Jules.....	86 1/2
	THOMAS, Auguste.	87 1/2
	MARTINET, René.	84 1/2
	PAÏVA, Saturio....	76 1/2
	DAMOURETTE René	74 3/4
	ANDRÉ, Georges..	74 1/4
	Dr WATON, Louis.	
	Dr VALENZUELA, F.	
	Dr DUCHATEAU, A.	

		points
MM.	Dr FALAISE, Jules.	
	Dr DAMIANS, Adol.	
	Session d'octobre.	
M.	GRÜTER, Hans ...	105
Mlle	FRENKEL, Raïna..	94 1/2
MM.	CAHEN, Jules	90 1/2
	LOGAN, Kenneth..	83 1/2
	HAUROU, Hector.	79
	PROST, Benjamin.	76
	Dr VIDEUCICH	
	Session d'avril.	
M.	SCHWARTZ, Jean..	79 1/4

2e année.

Elèves ayant subi avec succès l'examen de fin de deuxième année et admis à suivre les cours de troisième année.

Maximum des points : 84. Minimum 50.

Session de juillet.

M. BRODEUR, Arthur................................ 68 3/4
Prix d'excellence : Prix ASH ET FILS : Trousse et 6 daviers.

M. DE LA LOGE, Henri................................ 62 3/4
Prix d'épreuves pratiques : Volumes offerts par l'Ecole.

MM. PITTET, Henri................................ 61 1/4
POURQUIÉ, Pierre................................ 60 3/4
PAILLARD, André................................ 60 1/2
WILBERT, Urbain................................ 60 1/2
Prix de clinique : Prix BERTHAUX : Volumes.

	points
Mlle WEIL, Emma.....	59 1/2
MM. CASATI, Claude..	57 1/4
FISCHER, J.-Bapt.	57 1/4
AMILLAC, Albin...	57
ANTUNÈS, Pio....	66
FOUQUES, Gaston.	53 3/4
CERNÉA, Jean....	52
BARTHÉLÉMY, René	50 1/4
MM. FERTIN, Fernand.	50

Session d'octobre.

	points
Mlle CHALLIOT, Madel.	64 3/4
MM. BARJAVEL, Marie.	65 1/4
CHATEAU, Joseph.	61
GADEAU, Maurice.	50

1re année.

Étudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de première année et admis à suivre les cours de deuxième année.

Maximum des points : 54. Minimum : 32.

Session de juillet.

M. LE BOUCHER, Octave................................ 47 1/4
Prix d'excellence : Prix LECAUDEY : Volumes.

	points
MM. CRÉPIER, Etienne.	47
BAELEN, Albert...	46 1/2
WIRION, François.	46
LOUSTALOT, Fr...	43
GIROUX, Louis...	41 1/2
LAVERTON, Marcel	41
MM. FABRET, François.	40 1/2
FEREZ, Georges..	40
SCHÉRER, Victor..	40
VICAT, André....	39 3/4
LAURIAN, Victor..	39 3/4

M. MANTEAU, Auguste................................ 38 7/2
Prix de clinique : Prix BERTHAUX : Volumes.

M. GRANGER, Abel... 37 3/4 | M. CANDY, Marie.... 37 1/2

M. ERNY, Georges................................ 37
Prix d'épreuves pratiques : Volumes offerts par l'Ecole.

		points
MM.	Christo, Hadji..	37
	Brun, François...	36
	Cazenave, Louis .	35 1/2
Mlle	Weil, Noémie ...	35 1/2
MM.	Godin, Lucien...	55
	Granger, Georges	35
	Loubières, Aug..	35
MM.	Chalamet, Adrien	34 1/2
	Blatter, Antoine.	33 1/4
	Calame, Louis...	33
	Truche, Marius..	32 1/2
	Reiffers, Joseph.	32 1/4
	Bride, Julien....	32
	Pélissier, J.-Bapt.	32

Session d'octobre.

		points
Mlle	Canacaki, Irène..	46 1/2
Mme	Frenkel, Louise..	43 1/2
MM.	Coeffrel, Paul..	41
	Rosenfeld, Adol.	40 3/4
Mlle	Baume, Marie ...	40 1/2
MM.	Belitrandi, Umb.	39
	Garcin, Emman..	39
	Leconte. Joseph.	38 1/2
	Bourrat, Etienne.	38 1/4
	Buffard, Charles.	38
	Chibret, Eugène.	37 1/2
MM.	Demeulle, Georg.	36 1/2
	Baudrey, J.-Bapt.	35 1/2
	Raffy. Mirza....	34 1/4
	Legros, Jules....	33 1/2
	Thibault, Albert.	33 1/4
	Nahum, David...	33
	Boulognet, René.	32 3/4
	Le Brun, Paul...	32 1/4
	Ducos, Jacques..	32
	Garcin, Etienne .	32
	Tzakiris, Sotir...	32

Des applaudissements prolongés accompagnent la remise des récompenses aux lauréats, puis le champagne est offert à nos invités et M. Godon porte un toast aux généreux donateurs de prix et aux lauréats.



REVUE DE L'ÉTRANGER

CONGRÈS DENTAIRE SUISSE

Cette année, la treizième assemblée générale annuelle de la Société odontologique suisse s'est tenue à Zürich les 7, 8 et 9 mai, sous la présidence de M. le Dr professeur Billeter. Une centaine de membres avaient répondu à l'appel du comité.

Le samedi 7 mai, à 3 heures de l'après-midi, le président déclare la séance ouverte, souhaite la bienvenue aux congressistes et donne lecture du rapport annuel, qui comprend, outre la partie purement administrative, une revue générale des principaux faits de la vie professionnelle depuis la dernière assemblée.

En remplacement de M. le Dr Schirmer, de Bâle, M. H. Respinger D. D. S., est confirmé dans ses fonctions de rédacteur de la partie

allemande du Journal *la Revue Trimestrielle Suisse d'Odontologie*, M. le Dr professeur C. Redard restant rédacteur français.

Douze candidats sont acceptés, ce qui, déduction faite de trois décès, porte l'effectif de la Société à cent quarante membres.

Le siège du prochain congrès est fixé à Lucerne.

Après la réélection du comité, la clôture de la séance est prononcée. Comme il n'est encore que 5 h. 1/2, les congressistes profitent de l'occasion qui leur est gracieusement offerte pour visiter en détail le nouveau Musée national suisse.

A 8 h. 1/2 du soir, une réunion familiale organisée par la section de Zürich dans la grande salle du premier étage du restaurant du Safran, rassemblait la majorité des sociétaires qui se firent un plaisir d'applaudir d'éloquents discours et de belles productions littéraires et musicales.

Le dimanche matin à 8 heures, les dentistes étaient convoqués « à la Meise », vaste et beau local bien éclairé, situé sur le bord de la Limmat, pour assister aux conférences et démonstrations annoncées au programme.

M. L. C. Bryan D. D. S., de Bâle, annonce qu'il va prouver la possibilité d'aurifier une dent avec l'or cohésif lors même que, la carie s'étendant plus haut que le collet, il est notoirement impossible de placer la digue. Dans cette intention, il aurifie sur un jeune homme la seconde prémolaire gauche supérieure dont la carie compliquée s'étend à la partie antérieure depuis le bord sous-gingival du collet jusqu'à la face triturance. Il entoure complètement la dent d'un anneau-matrice en acier, puis, maintenant la dent à l'abri de l'humidité salivaire avec des rouleaux de papier absorbant ou papier japonais, il foule, à l'aide de petites boulettes de ce papier, des cylindres d'or mou, qui se trouvent ainsi étalés contre les parois, à la partie profonde et au bord supérieur.

Lorsque l'aurification est ancrée avec l'or mou, elle est terminée avec de l'or de Genève cristallisé, introduit dans la profession par MM. le Dr Redard et F. Nagy.

M. J. Staub, de la maison P. A. Kölliker et Cie, présente, sous le nom de chrysol, une solution pour la dorure sans pile des métaux, inventée par un ingénieur-chimiste suisse, M. A. Tauxe. Sans pile ni installation spéciale, par simple immersion dans un bain de chrysol, il démontre la manière de dorer une foule de choses ; c'est ainsi que des daviers, des porte-empreintes, des chalumeaux, des tire-nerfs, des miroirs, des excavateurs, des lancettes, etc., sont recouverts comme par enchantement d'une couche d'or du plus riche effet.

Ce moyen de dorure si simple permet non seulement de remettre à neuf les instruments, mais encore du même coup et en quelques secondes de les désinfecter d'une manière parfaite.

. . . .

L'emploi de la solution au chrysol rendra de bons services pour les appareils de redressement et les pièces de prothèse en métal, d'autant plus qu'il est facile de redonner une couche d'or, lorsque celle-ci sera usée ou détériorée.

Cette dorure paraît très résistante, et nous apprenons qu'elle a déjà été utilisée avec succès dans les grands centres de fabrication d'horlogerie et de bijouterie.

M. *A. Stoppany*, de Zürich, lit une notice sur la prothèse réparatrice de la bouche et de la face pour remédier aux pertes de substances provenant d'opérations ou d'accidents ; il s'étend sur les difficultés qui se rencontrent parfois pour établir des appareils remplissant convenablement le but que l'on se propose. Au maxillaire inférieur, il faut compter avec la mobilité des fragments osseux postérieurs lorsque la partie médiane de l'os a été réséquée ; au maxillaire supérieur, il se rencontre souvent des défauts de cicatrisation, de l'atrophie des muscles et des nerfs dont il faut séparer les attaches.

Il indique les principales qualités que l'on est en droit d'exiger d'un appareil qui doit faciliter la nourriture, faire recouvrer la parole, retenir les joues, reformer la physionomie et, pour le maxillaire supérieur, maintenir l'œil en place.

M. Stoppany présente trois sujets qui ont eu recours à son expérience et à son habileté en prothèse chirurgicale.

M. A. Glogau, de Davos, fait une courte communication sur les appareils de redressement ; il étudie plus particulièrement les redressements chez les adultes, lesquels demandent du temps, de la patience et plus de peine que chez les adolescents à cause de la plus grande résistance de la substance osseuse.

Il présente les moulages d'un cas de redressement traité avec succès en cinq mois, chez un homme de trente-six ans. Pour les appareils il recommande le caoutchouc noir renforcé par des parties métalliques.

M. Th. Dill, de Liestal, parle avec chaleur de l'or de Genève qu'il a essayé nombre de fois avec un réel avantage. Il a pu reconnaître la plasticité de cet or, ainsi que ses propriétés cohésives, qui sont des plus prononcées. Il recommande cependant de ne pas travailler cet or cristallisé comme si l'on avait à introduire de l'amalgame dans une carie dentaire, car toute aurification demande du temps et un tour de main approprié. L'usage des fouloirs à têtes rondes et du maillet automatique est en tout cas nécessaire.

Il présente deux sujets possédant de nombreuses dents obturées avec l'or de Genève ; ces aurifications bien condensées sont remarquables par leur belle couleur jaune-clair, qui est l'apanage de cet or spongieux.

M. Dill a également confectionné chez ces mêmes personnes de

fort beaux travaux à pont amovibles, maintenus par des dents naturelles encapées.

Il démontre également le procédé opératoire pour estamper des plaques d'aluminium à l'aide d'une presse de la force de 16.000 kilos.

M. Grosheintz, de Bâle, présente un minuscule électrode pour la cataphorèse, construit par M. Klingelfuss, électricien à Bâle ; cet électrode s'ajuste sur un clamps et prend toutes les positions, grâce à une articulation ronde en caoutchouc noir retenue dans une bande emboutie de métal. Avec cet électrode le dentiste n'est pas obligé de le maintenir lui-même dans la bouche du patient ; il a donc moins de fatigue et c'est également plus agréable pour ce dernier.

A 12 h. 3/4 les congressistes prennent place dans un train spécial qui les transporte à l'Utliberg, station alpestre située à 900 mètres. C'est à cette altitude qu'est servi le banquet officiel, à 1 h. 1/2, banquet pendant lequel la plus vive sympathie n'a cessé de régner et s'est affirmée dans des toasts nombreux. Rentrés à Zürich, quelques-uns à pied, la plupart par la voie ferrée, les congressistes se rencontraient encore le soir, à 8 h. 1/2, à la brasserie des Franciscains.

Le lundi matin 9 mai, dès 8 heures, les sociétaires s'assemblent à « la Meise » ; dans des salles adjacentes sont installées les expositions de meubles, outils et fournitures des maisons d'articles dentaires. La maison P. A. Kölliker et Cie se fait remarquer par la quantité et la qualité des produits exposés. Des installations électriques diverses sont mises en mouvement sous les yeux des visiteurs. En outre de nombreux moteurs et appareils pour la cataphorèse, deux fourneaux électriques attirent l'attention : l'un est destiné aux travaux de la céramique (continuous gum), l'autre est spécialement réservé à la cuisson de l'or à aurifier ; avec ce dernier on obtient toujours le même degré de chaleur sèche, et, par le recuit électrique, l'or cohésif garde toute la souplesse et la malléabilité de l'or mou.

La maison Reymond et Cie, de Genève, expose une riche collection d'instruments et d'accessoires pour l'obturation ; l'or de Genève et les différents jeux de fouloirs à surfaces arrondies pour le condenser occupent une bonne place.

La maison Müller, de Wädensweil, avec sa marque de fabrique « Helvétia », offre aux regards les produits de sa fabrication ; on trouve là l'outillage complet préconisé par M. E. Müller D. D. S. pour les couronnes d'or et les travaux à pont, ainsi que des modèles de pinces, daviers et certains articles, amalgames, digue, composition pour empreinte, etc., qui sont des spécialités de la maison.

A 8 h. 1/2 reprise des conférences et des démonstrations.

M. E. Ruegg D. D. S., de Bâle, fait une très intéressante communication sur l'anesthésie générale avec le chlorure d'éthyle. Il rend

d'abord hommage à M. le D[r] professeur Billeter, qui, un des premiers, s'est servi de cette substance comme anesthésique général (voir *Revue Trimestrielle Suisse d'Odontologie*, 1898, page 462) ; il parle également des nombreuses anesthésies pratiquées avec le chlorure de méthyle par MM. le professeur Soulié et le D[r] Briant de Lyon, sans oublier les travaux publiés par M. Ludwig en Allemagne et M. Brodbeck en Suisse sur les narcoses avec le chlorure d'éthyle.

Il relate plusieurs observations prises au cours d'expériences faites sur des animaux (surtout des cobayes et des lapins), au laboratoire de physiologie de l'Université de Bâle, lesquelles ont permis de constater que le chlorure d'éthyle ne produit pas d'abaissement de la température du corps comme cela a lieu avec l'éther, le chloroforme et le bromure d'éthyle.

M. Ruegg donne le résultat de cinquante-cinq narcoses pratiquées à la clinique dentaire de Bâle, avec le concours du D[r] Breitenstein. Pendant les inhalations avec le chlorure d'éthyle, la respiration reste normale, on ne remarque pas de pâleur comme avec les autres anesthésiques, la période d'excitation est le plus souvent évitée, et il suffit de 4 à 6 centimètres cubes de chlorure d'éthyle pour produire la narcose, qui se déclare après des inhalations d'une durée de 40 secondes à 2 minutes.

Le chlorure d'éthyle de la Société chimique des usines du Rhône à Lyon (Monnet) est supérieur aux produits similaires, son odeur est plus agréable, il donne de meilleurs résultats.

Le réveil se fait facilement, sans réaction, en 2 ou 3 minutes, la personne est complètement rétablie et peut quitter le cabinet dentaire.

Il faut avoir soin, comme pour les autres anesthésiques généraux, de faire desserrer tous les vêtements et d'ausculter le cœur et les poumons. Comme pour le bromure d'éthyle, on doit préalablement placer un bâillon de grosseur moyenne, afin que le masque puisse s'appliquer hermétiquement sur le visage. Pendant les inhalations observer le pouls et le réflexe de la cornée. Se rappeler qu'il n'est pas toujours prudent d'attendre l'affaissement que l'on est convenu d'appeler résolution musculaire, car quelquefois l'abolition du réflexe de la cornée se montre en premier lieu.

Pour administrer le chlorure d'éthyle, MM. Respinger et C. Ruegg ont fait construire un appareil à inhalation se composant d'un masque ou embouchure en métal avec bourrelet en caoutchouc et soupape d'expiration, relié par un joint articulé avec un tuyau, métallique possédant deux soupapes d'inspiration ; ce tuyau d'une longueur d'environ 0,50 centimètres, est vissé à un réservoir de la contenance d'un kilogr. de liquide. La chaleur des mains appliquées sur le réservoir suffit pour faire dégager les vapeurs anesthésiantes.

Les inventeurs de cet appareil lui trouvent de nombreux avantages :

économie de chlorure d'éthyle; inhalations plus tranquilles et de moindre durée, les vapeurs étant plus concentrées et le patient n'étant pas désagréablement impressionné par le liquide anesthésique directement projeté sur la garniture du masque ordinaire; enfin, grâce au jeu des soupapes, le patient inhale des vapeurs de chlorure d'éthyle toujours pures, les produits d'expiration étant chassés au dehors.

Le chlorure d'éthyle attaquant la plupart des métaux, par exemple le zinc, mais non l'étain, le réservoir, le tuyau et le masque, nickelés extérieurement, sont étamés intérieurement.

Pour démontrer pratiquement le mode d'emploi, MM. Respinger et Ruegg procèdent à l'extraction de plusieurs dents cariées sur deux personnes anesthésiées par le chlorure d'éthyle.

La première patiente, âgée de vingt ans, est endormie en 2 minutes; cinq dents sont extraites; durée de l'insensibilité narcotique: 75 secondes.

La seconde patiente, âgée de trente ans, montre dès le début, de l'anxiété, de l'agitation, elle geint tout le temps; durée des inhalations: 2 minutes; durée de la narcose: 15 secondes. Une seule dent sur quatre est extraite sans douleur, les trois dernières extractions font pousser des cris à chaque reprise; cependant, malgré cette anesthésie insuffisante, à son réveil, l'opérée déclare n'avoir rien senti.

M. le Dr professeur Billeter témoigne en faveur de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle; il a dirigé une certaine quantité de narcoses, qui ont réussi au delà de toute espérance. Naturellement comme avec toutes les substances anesthésiques, il faut s'armer de prudence et ne pas croire qu'avec ce produit il n'existe aucun danger à faire courir au patient; mais le fait que l'on n'observe pas d'abaissement de température et que l'anesthésie se prononce, de même qu'elle cède rapidement, indiquant ainsi que le sang ne reste pas longtemps imprégné des vapeurs narcotiques et que l'organisme s'en débarrasse très vite, est une raison de préférer le chlorure d'éthyle pour les opérations de courte durée, en réservant le chloroforme ou l'éther pour les anesthésies plus longues.

Il fait circuler le masque du Dr Schönemann dont il se sert à l'Ecole dentaire de Zürich; c'est un masque en verre avec orifice antérieur, par lequel est projeté sur de la gaze fixée par des fils métalliques le jet d'un tube de chlorure d'éthyle.

M. F. Montiguel, de Coire, cite un cas rare d'anomalie de dentition qu'il a eu l'occasion d'observer chez un jeune garçon âgé aujourd'hui de sept ans et dix mois, qui a vu ses dents pousser et tomber déjà trois fois. En effet, depuis l'âge de quatre mois, cet enfant a par trois fois possédé ses dents, qui sont tombées après quelques semaines de séjour dans la bouche. Actuellement, à l'exception des quatre premières grosses molaires, les mâchoires sont privées de dents.

C'est la première fois qu'une observation aussi exacte a pu être suivie avec autant de précision et fournir la certitude d'une troisième dentition.

Deux sœurs de ce jeune garçon ont également montré une certaine analogie avec ce cas : plusieurs de leurs dents sont tombées et repoussées d'une façon anormale, mais elles n'ont pu être suivies comme leur frère.

M. Th. Frick D. D. S., de Zürich, communique le résultat de ses expériences personnelles à propos du travail de la céramique et des travaux à pont. Il énumère la multitude des cas où l'emploi des pâtes à porcelaine se trouve indiqué : pour donner une teinte exacte à certaines dents artificielles difficiles à assortir ; pour remplacer la soudure dans la confection des dents à pivot ; pour faire de la gencive rose ; etc. Il démontre la façon de procéder pour cuire la céramique à l'aide du fourneau électrique de Klingelfuss.

Il est aussi un chaud partisan du bridge-work ; il fait la description, à l'aide de modèles et d'appareils, de plusieurs cas où ce genre de travail a été appliqué dans sa clientèle.

M. A. Seen, de Zürich, traite de la pyorrhée alvéolo-dentaire ; après avoir cité les principaux traitements recommandés par les praticiens qui se sont occupés de la guérison de cette affection, après en avoir indiqué les principales causes générales : faiblesse de constitution, tuberculose, choléra, diabète et rhumatisme, il s'occupe de l'infection buccale qui est la cause locale et expose son traitement, dont il a toujours eu lieu d'être satisfait et qui consiste à nettoyer les dents et leurs racines profondément, puis, avec une seringue antiseptique à laver les culs-de-sac gingivaux avec une solution au sublimé à 1/1.000, en augmentant plus tard cette dose si cela est jugé nécessaire. Il s'élève contre les incisions des gencives, les badigeonnages à la teinture d'iode et les gargarismes anodins.

M. Grosheintz a obtenu d'excellents résultats en appliquant le traitement de M. Hugenschmidt de Paris, qui consiste à porter sur la gencive avec une pointe de platine de l'acide sulfurique concentré (acide officinal pharmaceutique à 50 0/0).

M. Respinger s'est bien trouvé dans un grand nombre de cas de pyorrhée alvéolo-dentaire d'avoir utilisé les propriétés antiseptiques de l'hydro-naphtol.

M. E. Müller D. D. S., de Wädensweil, présente une série de daviers, dont les manches ingénieusement modifiés, au lieu de se terminer en forme de lame, sont contournés et arrondis afin de permettre d'introduire les mors des daviers le plus haut possible en poussant vers le sommet de la racine, sans courir le risque de se blesser la paume de la main.

M. Respinger lit une dissertation sur les anomalies de nombre ;

il soumet à l'examen des moulages relatifs à trois cas d'anomalies observés à la clinique dentaire de Bâle :

1°) Un homme de vingt-cinq ans possédait deux incisives latérales supplémentaires fort bien conformées ;

2°) Une jeune fille avait une canine supplémentaire du côté droit ;

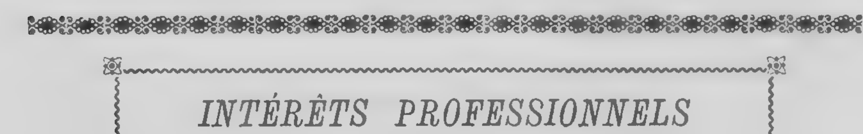
3°) Une jeune personne montrait deux incisives latérales supplémentaires, de forme conique.

M. Montiguel, de Coire, présente également deux moulages d'anomalies de nombre : l'un avec deux dents surnuméraires, en dedans de l'incisive latérale et de la canine du côté droit, l'autre avec une incisive centrale et une incisive latérale de lait temporaires, toutes deux surnuméraires.

M. Froehner, de Zürich, montre une anomalie de disposition consistant dans la soudure radiculaire d'une seconde avec une troisième molaire (dents géminées).

A 1 h. 1/2 le banquet d'adieu réunissait une dernière fois les congressistes à l'hôtel Victoria.

A. THIOLY-REGARD D. E. D. P.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN PROJET DE CLINIQUE DENTAIRE A LYON

Nous recevons de notre très aimable collègue M. le Dr Guillot, de Lyon, un article fort intéressant sur l'utilité de la création d'une clinique dentaire à Lyon et dans les grandes villes. Notre confrère pense que l'Association des dentistes du Rhône et de la Région pourra prendre cette initiative.

Nous rappelons que c'est ainsi qu'a été créée en 1880 la Société de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris par le Cercle des dentistes, devenu depuis l'Association générale des dentistes de France. Il y a là un précédent encourageant pour les associations professionnelles qui voudront entrer dans la voie indiquée par M. le Dr Guillot et que pourrait utilement examiner le prochain Congrès.

C. G.

SCIENCE ET HUMANITÉ.

Quoique dentiste, on n'en est pas moins humain. C'est un peu la réflexion que nous nous faisions encore lundi dernier à notre clinique du Dispensaire général de Lyon.

Depuis avril 1891 où nous soignons les déshérités de la fortune

qui viennent demander notre aide, nous avons eu affaire à beaucoup d'enfants. Nous regardons comme enfants les filles et les garçons depuis quatre ou cinq ans jusqu'à quinze ans. Nous pourrions même aller jusqu'à vingt ans, en la circonstance.

Jusqu'à l'année dernière nous avions pu sauver, par l'obturation et les soins préliminaires, de nombreuses dents à cette jeune génération. Nous n'avions, hélas! aucun budget pour pourvoir aux frais et dépenses occasionnés par ces traitements et ces obturations. Nous fûmes obligé de cesser notre œuvre utile et humanitaire. Raison d'administration!

Nous fûmes donc forcé, par suite de raisons financières, de nous livrer à une hécatombe de dents, que nous avions la satisfaction de pouvoir utiliser auparavant.

Aussi, quand nous voyons arriver près de nous ces enfants malheureux et souffrants, qui ont besoin de leurs dents pour vivre ou tout au moins pour exister, nous sommes véritablement navré de nous trouver dans la dure nécessité d'arriver à l'extraction pour les débarrasser de leurs souffrances.

Nous avons beau essayer de les adresser à des confrères dont nous savons les honoraires peu élevés, inutile, la famille ne peut faire face à ces dépenses.

Et nous voilà forcé de priver d'organes utiles à leur développement de jeunes sujets dont l'existence ne sera jamais que très précaire!

Société, voilà bien de tes coups!

Comment faire pour remédier à un pareil état de choses? Il nous semble qu'il serait facile à une association de dentistes ayant des capitaux, comme celle du Rhône et de la Région, de prendre l'initiative d'une clinique dentaire gratuite où tous les soins concernant les affections des dents et de la bouche seraient donnés par tous les dentistes de l'Association, les *bénévoles*, s'entend. Ils seraient assez nombreux, croyons-nous, et les jeunes praticiens comme les vieux, n'auraient qu'à y gagner au point de vue scientifique [nul en effet, n'a la science dentaire incarnée], tout en rendant les plus grands services à la classe si *maltraitée* des prolétaires.

Nous vous donnons notre idée pour ce qu'elle vaut. Il se pourrait cependant que son application se pût faire ailleurs qu'à Lyon, dans les grands centres où il y a des groupements de dentistes. L'intérêt général, professionnel et autre, y trouverait son compte, puisque la science et l'humanité se ligueraient pour le bien public.

Lyon, ce 29 juin 1898.

Dr GUILLOT.

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

RÉUNION-CONGRÈS DE MARSEILLE

Nous avons reçu les documents suivants trop tard pour les insérer dans notre dernier numéro; nous nous empressons de les publier aujourd'hui.

Le Bulletin-Journal n° 5 de l'Association générale des dentistes du Sud-Est de la France, contenant le compte rendu *in extenso* de la réunion-congrès de Marseille des 29 et 30 mai 1898, paraîtra et sera distribué fin août prochain.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Chapot, secrétaire général, 55, rue Gioffredo, Nice.

TOAST DE M. CHAPOT

Monsieur le Président, Messieurs.

En qualité de rédacteur du *Bulletin-Journal de l'Association des dentistes du Sud-Est de la France*, je lève mon verre en l'honneur de la presse dentaire, sans distinction, qui nous a prêté un appui si précieux par sa publicité pour l'organisation de notre réunion-congrès.

Puisque je parle de presse dentaire, permettez-moi de donner une explication que je crois nécessaire au sujet d'une question parue dans le *Bulletin nos 1 et 2 du Syndicat des chirurgiens dentistes de France*

Si en organisant notre réunion-congrès nous n'avons invité que les dentistes de France faisant partie d'une association ou d'un syndicat dentaire, c'est pour être sûrs de la valeur et de la qualité des dentistes que nous invitions, car vous n'ignorez pas que malheureusement, comme elle l'était dans le passé, notre profession est envahie dans le présent par des dentistes qui ne sont pas dignes de ce nom. Tenant à la réussite de notre réunion, nous nous sommes donc adressés à des dentistes qui nous offrissent à la fois de l'honorabilité et de la dignité.

Voilà, je crois, un malentendu dissipé.

Messieurs, à toute la presse dentaire et à ses dignes représentants ici présents, MM. Damain et Papot. (*Applaudissements.*)

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Session de Lyon, août 1898

Les membres du bureau central du congrès de Lyon se sont réunis chez M. le Dr E. Lecaudey, le mercredi 6 juillet. En présence des réclamations formulées au sujet de la date dudit congrès, ils ont émis l'avis unanime de proposer au bureau local de Lyon d'ajourner ce congrès à la date des 12, 13, 14 et 15 août.

Nous sommes heureux que le bureau central se soit rallié au vœu que, d'après nos correspondants, nous avions exprimé dans *l'Odontologie* du 30 juin et il ne nous reste plus qu'à souhaiter que nos distingués confrères du bureau local puissent également y donner satisfaction.

De tous côtés d'ailleurs on se prépare avec activité à cette réunion, où seront discutées d'intéressantes questions. Nous comptons que l'art dentaire français y sera représenté avec honneur et nous invitons nos lecteurs à adresser leur adhésion, avec le montant de la cotisation, à M. G. Viau, trésorier, 47, Boulevard Haussmann, Paris.

Nous publions ci-dessous la première liste d'adhérents à ce congrès.

Blocman........	Paris.
Burt...........	—
Chaussebourg A.	—
Chaussebourg L.	—
D'Argent.......	—
Dorangon A....	—
Ducournau......	—
Frison.........	—
Godon Ch......	—
Heidé..........	—
Hivert.........	—
Joseph Mendel..	—
Dr Lecaudey....	—
Léger-Dorez....	—
Lemerle........	—
Magub A	—
Dr Maire.	—
Mamelzer F.....	—
Martinier.......	—
Michaels........	—
Michaud V......	—
Papot Ed.......	—
Poinsot P.......	—
Prevel..........	—
Dr Queudot....	—
Richard-Chauvin	—
Rodolphe.......	—
Ronnet.........	—
Rozenbaum.....	—
Sautier J. C.....	Paris.
Dr Sauvez......	—
Siffre..........	—
Stevenin........	—
Tireau Ch......	—
G. Viau........	—
Bastien A.......	Lyon.
Bonnaric J......	—
Bouvier L.......	—
Durand Ant....	—
Dr Guillot......	—
Cl. Guillot......	—
Harwood H. J...	—
Lebars Ch......	—
Dr Martin Cl....	—
Naudé..........	—
Dr Paillasson A..	—
Pilloy Jules.....	—
Pompeïen-Piraud....	—
Quintero M. J...	—
Ravet..........	—
Dr Reboulet Cl..	—
Reymond H....	—
Rohmer A......	—
Dr Tellier C....	—
Dr Tellier J.....	—
Alaux A........	Toulouse.
Bonin J.........	La Mulatière (Rhône).
Borel...........	Cannes.

Camoin Jules....	Marseille.
Chapot.........	Nice.
Chouville.......	Saint-Quentin.
Coignard.......	Tours.
Coquier G......	Vienne.
Daclin M.......	St-Georges-de-Rencins.
Debray M......	St.-Germ.-en-Laye.
Dietschy E.....	Besançon.
Duchesne......	Toulouse.
Dupuis.........	Amiens.
Dupuy Noël....	Bourg.
Germain........	Romans.
Godard.........	Pont-à-Mousson.
Grüter J........	Besançon
Dr Guénard.....	Bordeaux.
Guérin..........	Moulins.
Hess...........	Montbéliard.
Houdié J.......	Toulouse.
Hunziker O.....	Toul.
Lemonnier P....	Nice.
Le Payen......	Nancy.
Mendelssohn J..	Montpellier.
Nanche.........	Annecy.
Noël G.........	Nancy.
Dr Nux.........	Toulouse.
Paravy G.......	Belley.
Perié...........	Toulouse.
Roquille........	Vienne.
Savarin.........	Roanne.
Schwartz père...	Nîmes.
Stener A........	Grenoble.
Tournier-Daille.	Lons-le-Saulnier.
Wadington......	Tunis.

Total : 91 membres adhérents.

Nota : Les communications doivent être adressées le plus rapidement possible à M. Siffre, secrétaire général, 97, boulevard Saint-Michel, Paris, afin de permettre leur impression avant le Congrès.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Le 26 juin, a eu lieu à l'Ecole dentaire de Paris la réunion des membres de Paris et de Province, délégués par les différents groupes de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Ecole Odontotechnique, pour nommer le comité provisoire d'organisation du Congrès international de 1900.

Ce comité a pour mission d'élaborer un règlement et de s'aboucher avec les différentes Sociétés et les divers groupements professionnels de France et de l'Etranger afin de provoquer dès qu'il sera possible une assemblée générale dans laquelle sera constitué le comité définitif d'organisation. Le comité provisoire est ainsi composé :

Président honoraire : Em. Lecaudey.
Président : Ch. Godon.
Vice-Présidents : Ducournau.
— Dr Queudot.
— Dr Cl. Martin (*Lyon*).
— Schwartz (*Nîmes*).
Trésorier : G. Viau.
Secrétaire général : Dr Sauvez.
Secrétaires : Burt. D'Argent. Hivert. Dr Maire. Martinier. Siffre.
Adjoint ou Trésorier : Rodolphe.

Membres : Damain.
Frison.
Lemerle.
Maleplate.
Papot.
Richard-Chauvin.
Audy (*Senlis*).
Bacque (*Limoges*).
Carel (*Nîmes*).
Chouville (*St-Quentin*).
Coignard (*Nantes*).
Douzillé (*Agen*).
Frélézeau (*Dijon*).
Lechesne (*Caen*).
Lée (*Reims*).
Martin (*Saumur*).
Mirebeau (*Bordeaux*).
Dr Nux (*Toulouse*).
Richer (*Vernon*).
Torres (*Bordeaux*).



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. le Rédacteur en chef, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

A TREATISE ON PLATELESS DENTURES.

Par M. le Dr C. A. Samsioe,
De Stockholm.

Nous venons de recevoir sous ce titre la traduction anglaise d'un ouvrage publié en suédois par M. le Dr Samsioe.

Cet ouvrage *(Traité sur les dentiers sans plaques)* est divisé en trois parties : une revue rétrospective et critique des anciennes méthodes de dents à pivot ; la description systématique d'une nouvelle méthode pour la confection des dentiers sans plaque ; le traitement de la bouche avant la pose de ces dentiers.

Dans la première partie, l'auteur passe en revue les diverses méthodes successivement en usage pour la dent à pivot.

Dans la deuxième partie, il examine principalement le traitement des racines à pulpe vivante ou gangrenée et des racines atteintes de péricémentite, en vue de l'application des dentiers sans plaque.

Dans la troisième partie, il décrit sa méthode en fournissant de nombreux détails sur les diverses phrases de la manipulation.

Les illustrations intercalées dans le texte sont les reproductions photographiques de pièces réellement confectionnées.

Nous avons reçu le premier numéro de la *Revista dental*, organe de la Société odontologique de la République argentine, publiée, à Buenos-Ayres sous la direction de M. J. M. Henriquez.

Rappelons que cette Société a été fondée le 5 novembre 1896.

Bonne chance à notre nouveau confrère, qui informe la presse professionnelle dans un avis publié en 5 langues qu'il relatera sous la rubrique *presse professionnelle* les publications de tous les journaux qui feront l'échange avec lui.



CORRESPONDANCE

Nous publions avec plaisir la lettre suivante que nous adresse notre confrère M. Maurice Debray, chirurgien-dentiste à Saint-Germain.

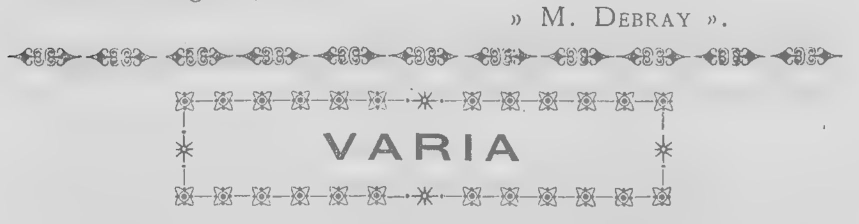
« Je lis dans *L'Odontologie* du 15 mai 1898 que le Dr Storre Benett a eu une dent à extraire à un hémophile et qu'il s'est servi d'un anneau de caoutchouc.

» Comme vous le faisiez remarquer en effet, le procédé n'est pas nouveau, car mon père, M. Debray, s'en sert depuis trente ans pour enlever les dents chez les enfants et les dents branlantes chez les personnes pusillanismes, et moi-même je suis son exemple depuis quinze ans.

» Le procédé est bien simple : avec du tube de caoutchouc de plusieurs diamètres, selon la grosseur des dents, on fait des rondelles de un millimètre d'épaisseur que l'on met autour de la dent comme une bague, le rond se supporte mieux que toutes les autres. On peut arriver ainsi progressivement à mettre jusqu'à 7 et 8 caoutchoucs autour de la dent et les laisser jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment ébranlée ; souvent chez les enfants elle tombe d'elle-même. Lorsqu'il se produit une forte congestion de la gencive, faire des gargarismes émolients.

» Veuillez agréer, etc.

» M. Debray ».



VARIA

LA RÉCLAME FIN DE SIÈCLE

Où s'arrêteront les sollicitations de la réclame ? Telle est la question que nous pose un des membres de notre Association qui nous raconte qu'un journaliste (?) s'est présenté chez lui et aussi chez quelques autres de nos confrères avec des notes biographiques et un canevas de louanges hyperboliques pour lesquelles il demandait des renseignements complémentaires.

Il était envoyé, disait-il par son rédacteur en chef, frappé tout particulièrement de la haute notoriété de notre confrère.

Cette pseudo-biographie, qui devait paraître en bonne place dans un journal important, avec portrait s'il vous plait, déclarait naturellement que le portraicturé était le premier dentiste de Paris, de France et de Navarre aussi.

(C'est incroyable tout de même ce qu'il y a de dentistes qui sont tous le *premier dentiste* de Paris).

Et notez bien que, pour augmenter la valeur du procédé, le placier en biographie faisait remarquer que cela ne coûtait rien, absolument rien, son journal n'ayant qu'un but, rendre hommage au mérite méconnu ? — Un petit manteau bleu, alors. — Seulement insinuait-il vous tiendrez probablement à faire distribuer quelques milliers d'exemplaires que nous nous chargerons d'expédier à votre compte. C'était du même coup une réclame pour le premier dentiste de Paris, et une réclame pour le journal.

La combinaison, quoique tentante, fut repoussée par notre confrère qui déclara que, faisant partie d'une Association dont les membres se sont engagés à respecter les règles de la respectabilité professionnelle, il ne consentirait jamais à laisser figurer son nom dans une réclame plus ou moins déguisée.

E. P.

NOUVELLES

Nous sommes heureux d'apprendre que M. le Dr Launois, médecin des hôpitaux, professeur de pathologie générale à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé, après un brillant concours, professeur agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

Nous prions M. le professeur Launois d'agréer nos bien sincères félicitations.

La Rédaction.

A l'occasion de l'inauguration des nouveaux bâtiments de l'Ecole dentaire de Paris, MM. Reymond frères ont gracieusement offert à l'Ecole pour une des salles d'opérations un support à base-disque de leur fabrication avec tablette aseptique, crachoir et porte-verre.

Dans sa réunion du 25 juin dernier le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France a procédé à la nomination des membres de la Chambre syndicale et de la Caisse de prévoyance.

Ont été élus pour la première : MM. Billet, Devoucoux, Papot, Stévenin et de Marion ; pour la seconde : MM. Rollin, Billet, Devoucoux, Papot et Stévenin.

LOI DENTAIRE ANGLAISE.

D'après *The Chemist and Druggist* du 11 septembre 1897, *The Dentits'Act* n'interdit à personne de pratiquer les opérations dentaires ; seulement, les dentistes non enregistrés n'ont pas le droit de réclamer leurs honoraires en justice. Ils n'ont pas non plus le droit de prendre le titre de dentiste, de praticien dentiste ou tout autre analogue.

(Progrès dentaire).

AVIS

Nous prions ceux de nos lecteurs dont l'abonnement expire avec ce numéro de vouloir bien adresser le montant de leur réabonnement à l'Administrateur-Gérant, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, *ou, à défaut, de faire bon accueil a la quittance,* augmentée de 0 fr. 50 pour la France et de 0 fr. 75 pour l'Etranger pour frais de recouvrement, *qui leur sera présentée par la poste.*

18e ANNÉE. N° 14 30 JUILLET 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.**
Le présent numéro contient une planche en supplément.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

ANESTHÉSIE LOCALE EN ART DENTAIRE

PAR LE MÉLANGE D'ORTHOFORME ET DE CHLORHYDRATE D'ORTHOFORME EN INJECTIONS INTRA-GINGIVALES.

Par M. E. BONNARD,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Lors de notre communication à la Société d'Odontologie sur l'action anesthésique de l'orthoforme neutre et du chlorhydrate d'orthoforme, après avoir démontré par les tableaux annexés les beaux résultats obtenus à la clinique, nous avons formé l'espoir de voir diminuer, sinon supprimer tout à fait, l'acidité des solutions de chlorydrate.

Dans ce but nous avons expérimenté les trois formules suivantes et modifié quelque peu la technique opératoire.

FORMULE N° 1

℞ Orthoforme neutre...........	25 centigrammes.
Glycérine neutre..............	5 grammes.

Cette solution nous a donné des résultats aussi satisfaisants au point de vue anesthésique que la solution aqueuse

de chlorydrate d'orthoforme au même titre ; mais le malade a senti davantage la cuisson du début, qui est très faible avec le chlorhydrate d'orthoforme et qui a paru plus intense avec la glycérine. De plus, le glycéré d'orthoforme a un autre inconvénient : il précipite à la moindre trace d'eau dans la solution, et cela peut avoir pour effet d'oblitérer l'aiguille et de rendre l'injection impossible. A part cela ni fluxion ni eschare.

FORMULE N° 2

℞ Orthoforme neutre...........	50	centigrammes.
Alcool à 95°.................	3	—
Eau distillée................	7	—

Comme la précédente, cette solution a donné de bons résultats anesthésiques, la légère cuisson du début a été ressentie plus longtemps (trois minutes), puis a reparu après l'extraction pour durer en moyenne vingt minutes. Cette solution a besoin d'être *tiédie* un peu avant l'emploi, car à la température ambiante les cristaux se reforment. La nécessité de chauffer ne constitue pas pour elle une contre-indication puisqu'on chauffe quelquefois les solutions de cocaïne pour en augmenter l'action anesthésique et que certains auteurs le recommandent même dans tous les cas. Ce qui doit la faire délaisser, c'est la présence de l'acool qui est irritant et auquel on doit la cuisson prolongée que nous avons signalée.

FORMULE N° 3

℞ Orthoforme neutre.........	āā 10 centigrammes.
Chlorhydrate d'orthoforme.	
Eau distillée...............	4 grammes.

Faire dissoudre le chlorhydrate d'orthoforme dans de l'eau distillée, chauffer légèrement, puis ajouter l'orthoforme neutre, et, après dissolution, la quantité nécessaire d'eau distillée pour faire une solution à 5 o/o. Filtrer.

La solubilité de l'orthoforme neutre, très faible dans l'eau, se trouve augmentée dans cette solution par la présence du chlorhydrate d'orthoforme. De 1 pour 200 qu'elle est

lorsque l'orthoforme est employé seul, elle se trouve élevée à un titre équivalent à celui de la solution de chlorhydrate d'orthoforme dans laquelle on le dissout. Cela a pour effet d'en diminuer l'acidité. La quantité d'acide chlorhydrique se trouve abaissée de telle façon qu'elle est inférieure à celle d'une solution de chlohrydrate de cocaïne à 5 o/o.

La formule n° 3 est incontestablement la meilleure, et il résulte des nombreux cas pour lesquels nous l'avons employée depuis un mois que peu s'en faut qu'elle réponde à tous les *desiderata* d'un bon anesthésique local.

Les formules 1 et 2 ne sont données que comme résultats de recherches, mais doivent être abandonnées l'une et l'autre, car elles ne présentent aucune garantie pour l'opérateur, les désavantages étant trop grands. Pour la première si le produit précipite, et cela peut arriver chaque fois que, pour aseptiser on aura fait bouillir la seringue, l'aiguille pourra s'oblitérer.

Pour la seconde, la cuisson ressentie qui est susceptible de se prolonger selon les sujets, en fait également une contre-indication.

C'est donc à la formule n° 3, qui n'a aucun de ces inconvénients, que l'on devra avoir recours. Les résultats que nous avons obtenus avec ce nouvel anesthésique ont dépassé de beaucoup ce que nous en espérions lors de la communication à la Société d'Odontologie. Nous avions alors dans le chlorhydrate d'orthoforme un anesthésique certain, pouvant être employé à haute dose et procurant de plus une anesthésie locale de longue durée. Mais il avait contre lui quelques accidents locaux, fluxions ou eschares, qui, quoique rares, pouvaient nuire à la place qui lui est due.

Le mélange de chlorhydrate d'orthoforme et d'orthoforme neutre à parties égales, en diminuant l'acidité du produit, permet d'éviter tout cela. Seule, une légère chaleur, qui peut durer dix secondes, est ressentie par le malade immédiatement après l'injection, mais elle cesse aussitôt.

Non seulement avec le formule n° 3 l'anesthésie est constante, d'une durée supérieure à celle de la cocaïne, mais

encore aucun des accidents locaux qui se sont quelquefois produits avec la solution de chlorhydrate seule n'a été constaté à nouveau. L'eschare est devenue une exception et n'a été observée qu'une fois sur près de 25 cas et la fluxion a disparu, car on ne peut vraisemblablement compter pour une fluxion une gêne légère, non douloureuse, ressentie après l'opération dans les muscles voisins du point d'opération.

La quantité de liquide injectée a été modifiée quelque peu. Les premières observations ont été faites avec 1 centimètre cube d'une solution à 5 o/o de chlorhydrate d'orthoforme ; nous avons constaté depuis que cette quantité est exagérée et qu'un demi centimètre cube est suffisant pour obtenir la même anesthésie. Il en est de même pour la technique opératoire. L'anesthésie est meilleure en injectant *quelques gouttes* à la table externe et interne du maxillaire et le restant du demi-centimètre cube le plus près possible du collet de dent.

En procédant ainsi, deux minutes après la dernière piqûre, toute la région est anesthésiée profondément, mais il est nécessaire d'attendre encore trois autres minutes, soit cinq en tout, avant de procéder à l'avulsion.

Grâce à sa non toxicité on peut faire avec ce nouvel anesthésique plusieurs injections d'une solution à 5 o/o dans la même séance en vue d'opérations multiples ; le malade n'en sera nullement incommodé.

L'hémostase se fait rapidement, la cicatrisation se produit plus vite et l'anesthésie, en se prolongeant, supprime les douleurs post-opératoires.

Nous ne croyons pas nous avancer trop en disant que la solution aqueuse à 5 o/o de chlorhydrate d'orthoforme et d'orthoforme neutre à parties égales (formule n° 3) constitue un anesthésique local précieux, auquel on doit donner la préférence dans tous les cas ou, pour une cause quelconque, la cocaïne sera contre-indiquée, car même chez un épileptique on pourra sans danger injecter plusieurs centimètres cubes s'il en est besoin pour des opérations mul-

tiples, sans que le malade en soit le moins du monde incommodé.

LES SOLUTIONS ANESTHÉSIQUES DE SCHLEICH EN CHIRURGIE DENTAIRE.

Par MM. E. et L. Feindel.

Les solutions de chlorhydrate de cocaïne dans l'eau salée à 2 o/oo ne semblent pas encore avoir obtenu des praticiens l'attention qu'elles méritent; M. Sauvez, dans l'excellente monographie publiée récemment dans cette revue, ne fait pas mention des solutions de Schleich et recommande seulement l'emploi de la solution aqueuse de cocaïne à 1 o/o.

Pourtant, en chirurgie générale, les solutions anesthésiques de Schleich [1] ont rapidement joui d'une grande faveur, en Allemagne surtout [2]; des milliers d'opérations ont été pratiquées après l'anesthésie locale obtenue par l'injection intradermique de la solution n° 1 ; ces anesthésiques sont même à peu près uniquement employés dans quelques services hospitaliers [3].

Nous avons voulu nous rendre compte du cas qui pouvait être fait de la solution n° 1 (forte), si elle venait à être injectée dans les tissus circumdentaires dans le but d'obtenir l'anesthésie locale [4].

---

1. Solution n° 1.

Chlorhydrate de cocaïne	o gr. 20
Chlorhydrate de morphine	o gr. 025
Na Cl	o gr. 20
Eau phéniquée à 5 o/o	II gttes
Eau distillée bouillie	100 grammes.

2. Romme. — *La méthode d'anesthésie chirurgicale de Schleich, Presse méd.*, 29 décembre 1897.

3. XVIIe Congrès de la Soc. allemande de chirurgie. *Analyse in Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1898, p. 412.

4. *Application des solutions anesthésiques de Schleich à l'extraction des dents. Arch. nat. de Stomat. et d'Art dent.*, 1898, p. 17 et 34.

Dès nos premières tentatives les résultats ont été à ce point encourageants que nous n'avons pas tardé à multiplier nos expériences [1] ; nous en sommes arrivés à admettre définitivement la solution n° 1 comme l'anesthésique de notre pratique journalière, et à ne plus nous servir de notre ancienne solution aqueuse de cocaïne à 1 o/o.

Nous n'avons pas l'intention de revenir sur les avantages de la solution à 0,20 o/o dans l'eau salée sur la solution à 1 o/o dans l'eau pure. Bornons-nous à répéter que, à quantité *égale* de liquide injecté (soit avec cinq fois moins de cocaine), l'anesthésie obtenue est sensiblement supérieure avec la solution n° 1 de Schleich. Puis, fait capital, la faible teneur en cocaïne de la solution *met à l'abri de tout danger d'intoxication cocaïnique.*

Quant au manuel opératoire que nous suivons, c'est celui qui nous servait lorsque nous nous en tenions à la solution aqueuse à 1 o/o ; il est identique à celui que M. Sauvez [2] a formulé, avec une grande précision dans les détails, au cours d'un travail que nous avons déjà cité [3].

Nous ne serions pas revenus sur ce sujet, si, dernièrement M. Clerc [4] n'était arrivé, dans une série de quinze expériences, à un résultat semblant battre en brèche les affirmations que nous avions précédemment formulées.

---

1. *Les Anesthésiques de Schleich en chirurgie dentaire. Journal des connaissances méd.*, 1898, p. 149.

2. Dr Sauvez. — *Etude critique des meilleurs procédés d'anesthésie pour la chirurgie dentaire, L'Odontologie*, 1898, p. 108.

3. La quantité de liquide à injecter est fixée par M. Sauvez à 1 centimètre cube par dent à extraire. Jusqu'ici nous avons injecté une quantité plus forte de liquide, soit environ 1 seringue par racine. Nous n'avons pas eu la curiosité d'injecter une quantité de liquide faible et de voir ce qui pourrait en résulter au point de vue de l'anesthésie. Or, un confrère et ami qui, depuis quelque temps, se sert de la solution n° 1 de Schleich nous a dit obtenir l'anesthésie locale parfaite avec 1/2 centimètre cube de liquide pour une dent; de là résulte qu'il est inutile d'injecter beaucoup de liquide et que la technique à suivre pour le Schleich est en tous points, y compris l'indication de la quantité de liquide à injecter, celle que comportait la solution aqueuse à 1 o/o telle que M. Sauvez l'a décrite. — Pour le temps d'attente après la piqure, M. Sauvez dit 1 ou 2 minutes; pour le Schleich 1 minute vaut mieux que 2.

4. Clerc — *A propos des Solutions anesthésiques de Schleich. Arch. nat. de Stomat. et d'Art dentaire*, 1898, p. 49.

Dans un cas de M. Clerc, *l'anesthésie n'a pas été obtenue.*

On ne saurait accuser M. Clerc d'avoir commis une erreur de technique ni d'avoir négligé la précaution élémentaire de n'employer que des solutions fraîches [1].

Le fait de M. Clerc est indéniable et nous n'avons nulle intention de le contester; nous n'avons pas non plus à rechercher les causes ayant pu rendre l'individu réfractaire à l'anesthésique.

Répétons-le : un fait existe, un individu n'a pas été anesthésié par la solution n° 1 de Schleich ; corollaire : la statistique de M. Clerc donne 1 insuccès sur 15 cas ; alors la solution n° 1 de Schleich ne serait qu'un anesthésique de médiocre valeur.

Cette proportion énorme de 1/15 d'insuccès ne tendrait à rien moins qu'à dissuader nos confrères d'essayer l'emploi de l'anesthésique qui a donné entre nos mains d'excellents résultats.

C'est que, ici comme dans bien des cas, la statistique ne doit pas être admise sans conteste. Celle de M. Clerc est de 1/15 de non-anesthésie, la nôtre de 0/150, mais ni l'une ni l'autre ne donnent la proportion réelle des gens sur qui l'injection de la solution salée ne détermine pas l'anesthésie.

Nous devons prendre en considération le fait de M. Clerc et dire que, dans des cas exceptionnels, l'injection de la solution n° 1 de Schleich ne donne pas l'insensibilité requise pour l'extraction d'une dent ; mais, confiants en notre expérience, nous nous hâtons d'ajouter que dans l'immense majorité des cas, l'anesthésie locale obtenue par le Schleich est plus que suffisante et sensiblement supérieure à celle que donne la solution aqueuse de cocaïne à 1 0/0 (dents avec abcès).

Terminons en recommandant encore une fois à nos con-

---

1. Les solutions de Schleich sont altérables, de même que les autres solutions de cocaïne. Suivre Sauvez pour ce point de technique comme sur les autres points.

frères de mettre à l'essai la solution n° 1 de Schleich qui, dans certains services de chirurgie générale, est l'anesthésique local d'usage courant ; qui, dans la chirurgie dentaire, a donné une anesthésie parfaite dans tous les cas moins un ; qui est d'un emploi si commode, puisqu'elle ne demande aucune modification de la technique universellement suivie pour la solution aqueuse de cocaïne ; qui enfin met à l'abri de tout danger d'intoxication.

INCIDENT DE PRATIQUE [1]

Il y a environ un an, j'ai eu à faire une reconstitution en or presque de la moitié distale de la première incisive supérieure droite. Le patient, jeune homme de vingt ans, très calme, d'une sensibilité très médiocre, se prêta facilement à l'opération de la préparation de la cavité. Je pus ainsi préparer cette dernière avec toute l'aisance désirable et procéder immédiatement à l'introduction de l'or.

Le travail progressait normalement et une notable partie de l'aurification s'élevait déjà du fond de la cavité lorsque, à ma surprise, j'aperçus, dans le sillon de rétention établi au niveau du bord incisif à la partie inférieure de la cavité, un tout petit point rouge sur la nature duquel il m'était, hélas ! impossible de me méprendre. C'était une petite gouttelette de sang coagulé, extravasé des capillaires de la pulpe, atteinte par mon instrument au moment de la préparation de la cavité.

Que fallait-il faire ? Tenter le coiffage selon les règles classiques ? Cela équivalait à la destruction, sinon de tout, au moins d'une grande partie du travail exécuté. Une telle pensée m'était trop pénible après une heure de travail patient, minutieux, et à la vue d'une œuvre qui me paraissait

---

1. Un de nos confrères nous adresse cette observation, très intéressante malgré qu'elle soit la relation d'un insuccès. Nous pensons avec notre correspondant qu'une observation clinique de ce genre est très instructive et, à ce titre, mérite d'être publiée.

G. V.

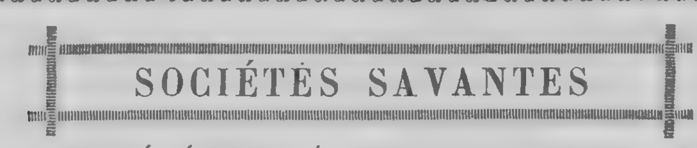
si solidement bâtie. Je résolus donc de tenter mon procédé de conservation et de protection plus expéditif et moins compliqué pour la circonstance.

Aprés avoir enlevé la gouttelette de sang coagulé, j'appliquai au point précis de la lésion pulpaire un petit disque de gutta ramollie par la chaleur et trempée dans du chloroforme. Toutes les précautions furent prises pour exercer le minimum de pression possible. Sur cette première couche isolante, je superposai plusieurs couches de feuilles d'or adhésif, pliées en bandelettes minces, en augmentant progressivement la pression avec chaque nouvelle couche d'or. Lorsque, enfin, la surface me parut suffisamment résistante, j'eus recours, comme d'habitude, à l'usage du maillet, et je terminai l'aurification comme si aucun accident ne s'était produit.

Aucune douleur ne fut accusée durant la période du coiffage ni le même jour. Le lendemain, le malade éprouvait une légère hypersensibilité aux impressions thermiques, sensibilité ayant persisté, mais à un degré moindre, deux ou trois semaines plus tard. Puis tout se calma.

Douze mois se passèrent environ, et je me préparais déjà à chanter victoire, lorsque, il y a deux semaines, le malade m'arriva avec un abcès gingival au niveau de la dent intéressée.

Ainsi se termina une expérience que je ne recommencerai plus et que je ne conseillerai pas de suivre. M.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 22 *décembre* 1897. — *Présidence de M. Remy.*

RÉSECTION PARTIELLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR ; PROTHÈSE IMMÉDIATE.

M. Gross. — Il s'agit d'une femme de 27 ans, journalière, mariée, mère de trois enfants, sans tare héréditaire ni autre, et qui, il y a huit

ans, fut opérée par son médecin pour une épulis de la partie gauche du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. La néoplasie se reproduisit il y a deux ans et, après avoir progressé lentement, s'accrut plus rapidement depuis quelques mois. A son entrée à la clinique, M. Gross reconnut une tumeur de la grosseur d'une mandarine, occupant le rebord alvéolaire inférieur gauche depuis l'incisive latérale jusqu'en arrière contre le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, gagnant ensuite la face externe de l'os jusqu'à son bord inférieur, qu'elle épaissit. La tumeur est molle dans sa partie intra-buccale, plus ferme, même dure, sur le bord du maxillaire. Elle présente dans la bouche une ulcération profonde, anfractueuse, de mauvaise nature. On diagnostique une récidive de fibrosarcome.

L'indication était formelle : réséquer la partie malade du maxillaire inférieur, et, pour éviter tous les inconvénients de la déviation consécutive de la partie restante de l'os, il fallait faire bénéficier l'opérée des avantages de la prothèse immédiate.

Une complication se présentait : la femme était enceinte de six mois. Fallait-il opérer quand même ? Ne risquait-on pas un avortement ou bien valait-il mieux remettre l'opération après les couches ? L'accroissement plus rapide du néoplasme dans les derniers mois, qui pouvait être attribué à l'influence même de la grossesse, était une indication à intervenir le plus tôt possible. M. Gross se décida pour l'opération ; mais il chercha par tous les moyens à diminuer les causes d'ébranlement de l'organisme, afin d'éviter un retentissement fâcheux sur la marche de la grossesse. Il résolut dans ce but de pratiquer la désarticulation de la moitié gauche de la mâchoire inférieure, opération exigeant un temps moindre que la résection avec conservation de l'extrémité supérieure de la branche montante. S'adressant ensuite au Dr R. Rosenthal pour la prothèse immédiate, il pria son confrère de prendre toute mesure afin d'abréger le plus possible la durée de l'application de son appareil. M. Rosenthal réussit en tous points, en remplaçant l'ancien procédé de fixation par vissage dans la partie restante du maxillaire par un procédé nouveau de fixation de l'appareil de prothèse sur un moule adapté la veille sur les arcades dentaires.

L'appareil de M. R. Rosenthal se compose de deux coiffes en or, recouvrant l'une les dents de la mâchoire supérieure, l'autre les dents de la mâchoire inférieure, et reliées entre elles par une charnière, enfin d'un morceau d'ébonite fixé sur le moule en or de la mâchoire inférieure et représentant le morceau de maxillaire réséqué. Les moules employés se font de la façon suivante : on prend l'empreinte des mâchoires supérieure et inférieure avec une matière plastique quelconque ; on verse dans ces empreintes, qui reproduisent en creux

les mâchoires, un métal assez dur en fusion tel que le zinc, par exemple, qui reproduit tous les détails en relief comme dans la bouche ; on estampe ensuite à coups de marteau une plaque d'or qui s'adapte sur les parties que l'on veut recouvrir. La charnière, la partie principale et la plus délicate, doit permettre les mouvements verticaux, c'est à-dire normaux de la mâchoire inférieure, mais rendre absolument impossibles les mouvements de latéralité. Cette charnière imite en quelque sorte un compas dont la tête serait placée à la partie postérieure de la bouche et l'extrémité des branches à la partie antérieure. Le moule en or du maxillaire inférieur ne recouvre que les parties que l'on est absolument sûr de respecter ; il présente trois trous forés dans le métal et destinés à recevoir trois vis. Le morceau d'ébonite qui représente et remplace la partie réséquée est muni de deux lames parallèles de métal dont l'écartement correspond au diamètre des vis. Cette disposition permet de fixer la branche d'ébonite en serrant ces deux lames entre les vis et les trous correspondants.

La veille de l'opération, M. R. Rosenthal a fixé ces moules à leurs places respectives au moyen d'un ciment, puis les a reliés par la charnière et s'est assuré que les moules tenaient ferme et que la charnière fonctionnait sans occasionner aucune gêne.

Après achèvement de la désarticulation de la moitié du maxillaire inférieur, l'intervention de M. Rosenthal a uniquement consisté à donner la courbure voulue aux lames parallèles et les serrer entre les vis et le moule de la partie restante du maxillaire inférieur. De cette façon tout vissage dans l'os, sur les désavantages duquel il n'y a pas à insister, s'est trouvé absolument supprimé, et l'appareil prothétique fut placé en neuf minutes.

L'opération a été pratiquée le 9 décembre, ses suites ont été absolument satisfaisantes et sans aucun effet sur la marche de la prothèse, qui suit régulièrement son cours, comme en témoigne la présentation de l'opérée. Prochainement l'appareil provisoire sera remplacé par l'appareil prothétique définitif.

(*Gaz. des Hôp. de Toulouse.*)

Accidents consécutifs a l'éruption d'une dent de sagesse.

(*Séance du* 23 *février* 1898.)

M. Heydenreich relate l'observation d'un homme de 33 ans, vigoureux, qui était entré à l'hôpital de Nancy le 8 février. Il souffrait depuis quinze jours de maux de dents. Depuis quatre ou cinq jours était survenu un gonflement de la région parotidienne droite, puis les mouvements de la mâchoire étaient devenus impossibles. La tuméfaction était douloureuse et descendait jusqu'au cou. Le dia-

gnostic porté avait été celui de phlegmon de la région parotidienne. A l'entrée du malade à l'hôpital, il fut considéré comme atteint d'oreillons.

Cependant le malade présentait une fièvre oscillant autour de 40° et une grande agitation. M. Heydenreich le vit pour la première fois le 12 février. A ce moment, la température venait de tomber à 38°. La tuméfaction, très diminuée, était limitée à l'angle de la mâchoire. La bouche, que l'on pouvait entr'ouvrir seulement, laissait voir un écoulement de pus partant du côté droit de la région des dernières grosses molaires inférieures. Le diagnostic porté fut : « Ostéite suppurée du maxillaire inférieur d'origine dentaire ». Des lavages antiseptiques de la bouche furent prescrits.

L'état du malade était à peu près le même le 13 au matin; mais, dans la soirée du 13, survenait de la prostration et la température remontait à 40° 5.

Le 14 février, le gonflement s'étendait en haut à toute la région temporale ; en avant il n'atteignait pas la région de l'orbite. Le malade se trouvait dans un état demi-comateux, avec cyanose de la face et respiration stertoreuse. Enfin il présentait une hémiplégie gauche, et l'œil gauche était inerte et insensible. La température était de 38°2. M. Heydenreich posa le diagnostic de méningite suppurée par propagation de la suppuration de la mâchoire aux méninges. Bien que la situation fût manifestement désespérée, il pratiqua au thermocautère une incision profonde tout le long des parties gonflées; il n'arriva sur aucun amas purulent. L'état ne fit plus que s'aggraver. La température était de 39°8 le 14 au soir ; le 15, elle descendait à 38°3, puis à 37°2, et le malade succombait ce jour-là à midi.

A l'autopsie, l'ouverture du crâne montra qu'à droite, entre le crâne et la dure-mère, il existait une traînée de pus remontant jusqu'au voisinage de la ligne médiane ; le crâne était érodé, sur sa face interne, au niveau de cette traînée. En fendant la dure-mère, on constata l'existence d'une méningo-encéphalite suppurée, occupant la convexité de l'hémisphère droit dans toute sa moitié antérieure, principalement en avant et en dedans ; un pus jaune-verdâtre était infiltré sous la pie-mère.

Quel était le point de départ de la suppuration ? En suivant attentivement la traînée de pus, on arriva à la dent de sagesse inférieure du côté droit.

(*Indép. médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

14 *juin* 1898.

Radiographie. — M. Laborde soumet à l'examen de l'Académie

une très intéressante collection de radiographies dues au docteur Pietckiewicz et faisant ressortir les services que peuvent rendre les rayons X en stomatologie ou en art dentaire.

Ces épreuves permettent de se rendre compte très nettement des défauts ou des anomalies que peut présenter l'implantation des dents dans leurs alvéoles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Parotidite double survenue a la suite d'une application cutanée de teinture d'iode

MM. L. Rénon et R. Follet viennent d'observer un malade atteint d'une parotidite double qui nous paraît relever de l'action toxique de l'iode sur les glandes salivaires. Cet homme, âgé de 51 ans, s'était appliqué une couche de teinture d'iode sur la poitrine pour traiter une toux légère qu'il présentait depuis 15 jours. Le lendemain, cette région devint rouge, douloureuse et œdématiée et le surlendemain la parotide gauche s'hypertrophiait. Quand nous vîmes le malade, elle était dure, rouge et douloureuse à la pression. La parotide droite se prenait à son tour, trois jours plus tard. Cette fluxion parotidienne, survenue au cours d'un accident d'iodisme cutané aigu, est-elle sous la dépendance d'un effet toxique de l'iode ou sous celle d'une maladie spécifique, les oreillons? Après une revue de tous les signes cliniques présentés par ce malade et qu'on peut, pour la plupart, rencontrer dans les deux affections, l'existence de la plaque cutanée irritée par l'iode nous fait accepter l'hypothèse d'une parotidite iodique, bien que nous ayons cherché sans résultat l'iode dans la salive et dans l'urine ; mais cet examen a été fait assez tardivement. L'état de la muqueuse buccale du malade, chiqueur de longue date, ayant des dents en très mauvais état et atteint d'angines fréquentes, a joué un rôle singulièrement prédisposant. Si les cas de parotidite iodique causée par l'iodure de potassium ne sont pas rares (cas de Comby, de Vollar, de Balzer, de Régnier, de Renault et Salmon, etc.), il n'en est pas de même de ceux dus à l'iode, car nous n'avons relevé qu'un cas de Guelliot où l'injection de teinture d'iode dans une hydrocèle a été suivie d'un gonflement parotidien de peu de durée.

(*Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Évolution vicieuse de la dent de sagesse.

M. Paul Reclus fait un rapport sur une note de M. Moty, médecin principal, relative à la pathogénie de l'évolution vicieuse de la dent

de sagesse. La théorie qu'il propose diffère absolument de la doctrine devenue classique à la suite des travaux de Paul Broca et de la thèse d'agrégation de son élève, Albert Heydenreich.

Voici la théorie classique : au moment où la dent de sagesse perce la gencive, en général de vingt à vingt-cinq ans, il n'est pas rare de voir éclater des accidents légers ou graves et qui vont d'une simple irritation de la muqueuse avec constriction de la mâchoire, d'une amygdalite sans importance, d'une angine à répétition, jusqu'à des inflammations intenses, stomatites ulcéro-membraneuses, périostites et ostéo-périostites suppurées compliquées de nécroses, d'accidents septiques, infection purulente et abcès du cerveau qui, pour être exceptionnels, n'en ont pas moins été observés. Ces accidents de toutes sortes auraient pour unique cause la difficulté qu'éprouve la dent de sagesse à effectuer son éruption sur une arcade occupée par les quatorze dents déjà percées. Cette théorie de « place insuffisante » ou du « tout petit espace » trouve un appui dans ce fait que l'évolution vicieuse est dix fois plus fréquente au maxillaire inférieur — où la dent de sagesse est bloquée entre la deuxième grosse molaire et la branche montante de l'os — et dans cet autre que les accidents sont surtout l'apanage des races supérieures chez lesquelles le front se développe au détriment du maxillaire inférieur, qui diminue en rétrécissant l'espace qu'occupera la dent de sagesse, ce qui faisait dire à Darwin et à Paul Broca que l'humanité est en travail pour se débarrasser des dents de sagesse : elles viennent de plus en plus tard, elles disparaissent de plus en plus tôt et leur éruption, trop souvent vicieuse, devient un danger pour l'espèce.

La conception de M. Moty est tout autre : les accidents inflammatoires causés par l'éruption de la dent seraient dus à l'inclusion d'une masse épithéliale méconnue jusqu'alors, mais dont une série d'examen microscopiques a permis à M. Moty d'affirmer l'existence, sinon constante, du moins fréquente ; elle paraît être le vestige d'un germe abortif et dérivé sans doute du germe de la dent de sagesse. Pour M. Moty, cette masse épithéliale s'enflammerait spontanément à l'époque de l'éruption, tout comme peuvent s'enflammer des kystes dermoïdes auxquels l'auteur compare les masses épithéliales incluses. Et cette inflammation serait une sorte d'effort de l'organisme « pour se débarrasser d'un élément gênant et inquiétant par la faculté qu'il possède de proliférer ».

On le voit, la note de M. Moty comprend deux points : un fait et une théorie ; le fait est l'existence constatée par lui de masses épithéliales incluses dans l'alvéole et dont il attribue l'origine à un germe abortif. Les observations relatées dans son mémoire, celles qu'il a accumulées depuis ont mis ce fait hors de doute et M. Reclus lui donne acte de cette intéressante, quoique petite découverte. Puis,

à ce fait, M. Moty ajoute une théorie ; celle de l'inflammation spontanée de cette masse épithéliale, inflammation qui se traduisait par des accidents attribués jusqu'alors à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse. Cette interprétation lui semble hasardée et soulève des objections sérieuses.

Et d'abord cette inflammation spontanée des kystes dermoïdes que M. Moty invoque comme un accident fréquent et presque comme une phase dans l'évolution de ces tumeurs ne paraît-elle pas plutôt exceptionnelle ? M. Moty dit avoir vu trois cas ; puis il cite à l'appui de son opinion quelques lignes de Paul Broca, de Gillette, de Lannelongue et Achard. M. Reclus ne méconnaît pas l'existence de ces faits et, pour sa part, a vu un kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne dont la suppuration faillit provoquer l'asphyxie du malade ; mais pour exister, ces faits n'en sont pas moins fort rares et on peut citer des observations de kystes dermoïdes de la queue du sourcil, par exemple, qui ont évolué sans s'enflammer pendant dix, vingt, trente ans jusqu'à leur extirpation. Et il ne voit pas pourquoi l'inflammation, exceptionnelle dans le kyste dermoïde, serait si fréquente dans les inclusions épithéliales de la dent de sagesse.

Et puis, si l'ancienne doctrine du trop petit espace est fausse, s'il faut tout rapporter à l'inflammation spontanée de la masse épithéliale et rien à l'insuffisance de place, pourquoi les accidents sont-ils dix fois plus fréquents au maxillaire inférieur ? La masse épithéliale n'y diffère pas de celle du maxillaire supérieur ; elle est la même aux deux maxillaires ; un seul point est changé, c'est qu'au maxillaire inférieur, il y a moins de place qu'au supérieur. Et puis encore, pourquoi les accidents deviennent-ils infiniment rares à ce même maxillaire inférieur lorsque la deuxième molaire a été enlevée ? La masse épithéliale incluse reste pourtant la même et avec les tendances qui lui attribue M. Moty ; à la suppuration un seul point a changé : la disparition de la deuxième grosse molaire a fait de la place à la dent de sagesse qui, dès lors, évolue sans accident.

Aussi il ne peut accepter la théorie que propose M. Moty et, pour lui, les accidents qui marquent l'évolution vicieuse de la dent de sagesse sont dus au manque de place, au trop petit espace que mesure le maxillaire. Il reste fidèle à la vieille doctrine et de la note de M. Moty il n'accepte que le premier point mis par lui en évidence : l'existence d'une cause épithéliale incluse dans l'alvéole et qui peut compliquer les phénomènes inflammatoires, mais non les provoquer.

(Gazette des Hôpitaux.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I. — Relation du système dentaire et de l'hypertrichosis

Par le Dr Reboul (de Nîmes)

M. le Dr Reboul a pris le moulage de la mâchoire d'un individu affecté d'une pilosité extraordinaire, ainsi que la photographie de celui-ci. Cet individu, dont la barbe garnit la figure à partir des pommettes et descend, large et abondante, jusqu'au milieu de la poitrine, est recouvert de longs poils à peu près sur toutes les parties du corps. Son exemple semble bien confirmer la corrélation indiquée déjà entre l'hypertrichosis et le développement défectueux du système dentaire. Diverses anomalies par insuffisance signalent en effet sa mâchoire.

II. — De la nature et de la structure de la grenouillette

(*Arch. F. Klin. Chir.* LV, P. 164-193.)

Neumann a été le premier qui, s'appuyant sur la présence de cellules à cils vibratils dans ces tumeurs, les a localisées dans les tubes glandulaires de Boegdabeck, tube que V. Hippel identifie avec les ramifications latérales du conduit thyréoglosse plus spécialement du conduit lingual. V. Hippel s'en rapporte ainsi à l'opinion de Neumann. Ce fait que des kystes de grenouillette peuvent prendre naissance dans le conduit thyréoglosse, est démontré par l'observation et l'examen minutieux d'un kyste dont la structure microscopique répondait absolument à celle du conduit thyréoglosse. Dix cas de grenouillette examinés par l'auteur ont présenté une constitution analogue. La paroi interne ne contient pas un épithélium, mais des cellules irrégulièrement disposées ; sous cette couche s'en trouve une autre plus clairsemée, plus pauvre en cellules et formée d'un tissu compact de fibrilles conjonctives. Dans ce substratum on rencontre des amas de cellules arrondies et plus ou moins de glandules dégénérées. Chaque acinus s'est transformé en un kyste dont les parois présentent une constitution diverse. La couche interne renferme en outre des vaisseaux ou des foyers hémorragiques. Le tissu conjonctif de la couche sous-jacente est peu transformé, la délimitation de la grenouillette est peu nette. Le canal de Warthon ne participe en rien à l'affection. L'auteur, contrairement à Suzanne, qui localise l'origine de la tumeur dans les glandules, admet qu'elle se développe dans les petits canaux excréteurs. Les cellules qu'on trouve dans la paroi interne des kystes et qui obstruent la lumière de la glande sont considérés par l'auteur comme des épithéliums dégénérés. La forma-

tion kystique est due à la sécrétion continue du territoire glandulaire dont l'issue a été fermée, et plus tard à la prolifération, la dégénérescence et la desquamation des épithéliums des conduits excréteurs, et à la transsudation des capillaires qui se trouvent à la périphérie de la glande.

La grenouillette sous-mentale et la grenouillette aiguë ne sont que des formes anormales. L'opération radicale consiste dans l'extirpation de la glande sublinguale, aux dépens de laquelle la grenouillette peut également se développer.

Exceptionnellement le kyste de la grenouillette peut prendre naissance aux dépens du canal lingual et de ses ramifications.

Le travail de l'auteur dénote un véritable progrès dans la connaissance de la tumeur en question, il est pourvu de figures très claires.

(*Rev. des Sc. Méd.*)

III. — Les syphilides cutanées tertiaires

Les *syphilides cutanées tertiaires* constituent un accident extrêmement fréquent, le plus commun de la période tertiaire.

Les symptômes nerveux de cette période ne viennent en effet qu'en second lieu.

Les syphilides tertiaires se distinguent des syphilides secondaires par quatre caractères d'une importance capitale :

1° Ce sont des syphilides régionales, départementales ; les syphilides secondaires sont, au contraire, généralisées, disséminées ;

2° La syphilide tertiaire est profonde, désorganisatrice, elle attaque les tissus d'une façon indélébile. Elle est sclérosante, elle détruit, elle ulcère pour aboutir à une cicatrice.

La syphilide secondaire est, au contraire, essentiellement superficielle et ne laisse pas de traces ;

3° Les syphilides tertiaires sont monomorphes ; les syphilides secondaires sont polymorphes, elles revêtent les formes d'érythèmes, de papules simples, squameuses, croûtelleuses, croûteuses ; les syphilides tertiaires sont tuberculeuses ou tuberculo-crustacées ;

4° Les syphilides tertiaires sont assujetties à un groupement, et à un groupement méthodique ; il n'en est pas de même de la syphilide secondaire.

Supposons que, sur un tableau, on tire un coup de feu à plomb à trente ou quarante mètres, nous verrons des grains de plomb disséminés un peu partout ; si, au contraire, nous tirons à bout portant, nous obtiendrons un groupement de ces grains de plombs, groupement méthodique, intentionnel, voulu.

Ces deux cas nous donnent une idée des syphilides secondaires et tertiaires.

Il est trois ordres de groupements pour les syphilides tertiaires :

1° En coup de plomb ou en bouquet, cas précédemment cité;

2° En corymbe: un élément majeur et tout autour des éléments mineurs; ce groupement rappelle un système planétaire;

3° Modalité circinée; ici les détails ne seront pas superflus.

C'est une disposition dans laquelle les éléments éruptifs sont réunis côte à côte, selon un des trois types que voici:

A. En circonférence ou en anneau complet ou brisé;

B. En segments de circonférence;

C. En arceaux conjugués; on voit alors une série d'arceaux qui s'unissent bout à bout, et qui, en architecture, portent le nom de conjugués.

Tels sont les quatre grands caractères qui différencient les syphilides secondaires des tertiaires.

Quelles sont maintenant ces syphilides tertiaires?

A. Les syphilides tuberculeuses sèches, sans croûte, sans ulcération.

B. Les syphilides tuberculo-crustacées; cette variété est croûteuse, mais si vous enlevez la croûte, vous vous apercevez bien vite que la lésion est ulcéreuse.

Ce sont là des types frères, car ils dépendent tous deux du tubercule; mais, tandis que, dans le premier type, le tubercule reste sec, il subit, dans le second, la dégénérescence granulo-graisseuse; l'élément dans les deux cas est le tubercule, il est produit par de jeunes cellules embryonnaires qui infiltent le derme, les vaisseaux, et constituent des tumeurs saillantes.

Il se forme dans la peau un infiltrat qui en pénètre toute l'épaisseur et qui se présente sous la forme d'une petite lésion nodulaire, remarquable par son orbicularité de contour; elle est convexe de surface, ferme, dure, résistante sous le doigt, et offre une coloration spéciale rouge foncé, rouge jambon; c'est la papule syphilitique exagérée; il n'y a entre les deux qu'une différence de degré, cependant nous pouvons dire que:

1° Le tubercule est plus volumineux que la papule;

2° Il est globuleux;

3° Il est résistant sous le doigt, ferme, solide, plus consistant que la papule.

Un tubercule étant formé de la sorte, il va s'accroître, puis s'arrêter et rester ce qu'il est pour longtemps, pour des mois, quelquefois pour des années; il dure parfois deux, trois, quatre ans et plus; il reste donc stationnaire, puis il se résorbe peu à peu, et il se fait dans la peau une véritable cirrhose; les éléments nobles du tissu sont atteints, et, ce tubercule résorbé, il reste une perte de substance.

C'est là l'élément fondamental.

Il est possible que les tubercules soient épars, disséminés sur la

peau, le visage, le nez sans tendance au groupement, mais ce cas est rare ; beaucoup plus commune est la syphilide tuberculeuse groupée, dans laquelle les tubercules se concentrent sur une région.

Ce mode de groupement donne une physionomie particulière à la syphilide tuberculeuse, qui se présente sous les formes suivantes :

1° En grappe de raisin ;

2° Sous forme de syphilide tuberculo-orbiculaire ;

3° Sous forme annulaire, de façon à former un véritable collier de perles ;

4° Avec l'aspect de syphilide arciforme ;

5° En groupement centrifuge.

Il arrive souvent qu'il se produit une syphilide arciforme tout d'abord ; puis qu'à cette première s'en ajoute une seconde, qui lui est concentrique, mais de rayon plus petit, puis une troisième, une quatrième, etc. ; on a alors un groupement centrifuge.

Les premiers tubercules développés sont évidemment les plus vieux.

Ce sont tous ces détails qui permettent, à l'aspect physique d'une lésion, de diagnostiquer la syphilis.

Il est une troisième forme, c'est la syphilide tuberculeuse *en nappe* ; il se fait alors dans la peau une infiltration en galette sur une étendue de quinze, vingt, trente centimètres quelquefois. Cette galette représente un tubercule étalé ; la peau est rouge, ferme, consistante ; une telle lésion se produit surtout à la paume de la main, et c'est cette syphilide tuberculeuse sèche qui reçoit le nom de psoriasis syphilitique tertiaire ; elle est dure, consistante, résistante. Elle peut se produire sur le dos, qu'on voit quelquefois converti entièrement en nappe tuberculeuse.

Pour la syphilide tuberculo-ulcéreuse, le point de départ est toujours le tubercule ; seulement, au lieu de rester sec, il va se transformer en lésion gommeuse, en subissant une dégénérescence granulo-graisseuse s'éliminant à la façon des gommes et déterminant des ulcérations de la peau.

Ainsi il se produit :

1° Une infiltration cutanée servant de base ;

2° Une croûte ;

3° Une ulcération.

La croûte n'est rien, allez-vous dire, la véritable lésion est l'ulcération ; elle va cependant nous donner de précieux renseignements.

Lorsque le ramollissement gommeux s'est opéré, l'épiderme se crevasse, il se produit une transsudation des éléments liquides de la lésion, une coagulation consécutive et une croûte.

Quand on analyse de près les caractères de cette croûte tertiaire, on trouve qu'ils sont au nombre de cinq :

1° Elle est grande ; et en effet elle répond à des lésions importantes ;

2° Orbiculaire ;

3° Enchâssée, pénétrant dans le derme à la façon d'un verre de montre dans son châssis ;

4° Grosse, épaisse, volumineuse, revêtant les deux formes de croûtelles *en palette*, ou de croûtelle ostréacée, *en écaille d'huître*.

Mais la véritable lésion est l'ulcération qui est au-dessous, laquelle possède des caractères spéciaux de première importance.

Il est cinq caractères majeurs qui permettent de constater l'ulcération syphilitique tertiaire :

1° C'est une ulcération de type circiné ;

2° C'est une ulcération creuse ;

3° C'est une ulcération à bords verticaux taillés à pic ;

4° C'est une ulcération à bords adhérents ;

5° C'est une ulcération à fond crémeux ou bourbilleux.

Cette ulcération de type circiné affectera tel ou tel des types précédents : ulcération arciforme, à grandes arcades, etc. ; il semble vraiment parfois qu'elle ait été faite au compas.

Elle est creuse, entamante, pénétrante, plongeant dans la peau.

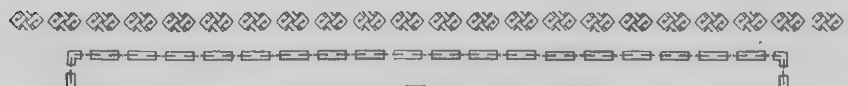
Ses bords sont verticaux, analogues à ceux que ferait le bistouri entamant la peau.

Ils sont adhérents, et c'est là un des meilleurs signes que nous connaissions pour différencier l'ulcère syphilitique de l'ulcère scrofuleux, dont les bords sont décollés.

Enfin, le fond de l'ulcère est lisse, présentant un bourbillon charnu, ou bien enduit de crème gommeuse avec un fond charnu ; nous sommes alors en présence du corps du délit lui-même, de la gomme qui est jaune verdâtre, adhérente.

Lorsque la gomme a évolué, la lésion syphilitique a perdu ses caractères ; le traitement spécifique, mis en œuvre dans ces conditions, réalisera alors des succès qui viendront confirmer le diagnostic.

(Médecine moderne.)



REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Névralgies dentaires. — Carie. — Abcès gingival. — Enfant de six ans.

1° Toutes les trois heures environ, frictions sur les gencives au voisinage de la dent cariée, avec un tampon de coton hydrophile imbibé de la mixture suivante :

Éther sulfurique	3 gr.
Laudanum Sydenham	2 —
Baume du commandeur	5 —
Huile de girofle	V gouttes.

2° Au pourtour de la zone hyperesthésique on pourra également frictionner avec le doigt enduit de quelques gouttes de la mixture suivante :

Mixture :

Menthol	āā 50 centigr.
Acide phénique	
Chloroforme	X gouttes.
Teinture de benjoin	15 gr.

3° Lorsque la dent cariée aura été anesthésiée à l'aide d'une solution de cocaïne au centième — (après nettoyage) — on devra y introduire une boulette de coton imbibée de quelques gouttes de la mixture au menthol ci-dessus indiquée ou du collutoire suivant :

Collutoire :

Extrait d'opium	5 centigr.
Glycérine	10 gr.
Créosote de hêtre	0 centigr.

4° L'abcès dentaire sera lavé, antiseptisé à l'aide d'un courant d'eau tiède (irrigateur) légèrement alcoolisée, et incisé verticalement.

Mais la dent sera respectée jusqu'à l'époque de la seconde dentition.

(*Journ. de clinique et thérap. Infant.*)
Dr H. DAUCHEZ.

II. — ANTISEPSIE BUCCALE.

Le docteur Cassine[1], de Saint-Quentin, propose les formules suivantes pour assurer l'antisepsie de la bouche :

Le savonnage constitue une excellente méthode de nettoyage. Cependant le goût des savons, même les plus fins, est désagréable, et la quantité abondante de potasse qu'ils contiennent est nuisible à l'émail dentaire. L'auteur a composé un savon dentifrice antiseptique, d'un goût, d'une odeur et d'une couleur agréables.

Savon médicinal pulvérisé	20 gr.
Glycérine neutre, très pure à 30°. Q. S. pour dissoudre à chaud	
Acide salicylique	0 gr. 50
Essence de menthe	1 gr.
Carmin	une trace.
Eosine	un atome.

(Pour colorer en rose.)

1. *Nord médical*, 15 novembre 1897.

Triturez peu à peu le carmin et l'éosine avec une petite quantité de savon médicinal pulvérisé. Ajoutez ensuite le reste du savon. Complétez enfin avec la glycérine salicylée et l'essence de menthe afin d'obtenir un opiat, une sorte de masse pilulaire.

Ce savon rose, dont la consistance est celle de la pâte de guimauve, est placé dans une boîte en porcelaine assez peu profonde pour y promener légèrement la brosse à dents au moment de s'en servir.

Les dents, savonnées à leurs faces antérieure et postérieure, en frottant dans le sens vertical, sont rincées avec l'élixir suivant, dont on verse une demi-cuillerée à café dans un verre d'eau tiède.

Alcool éthylique	100 grammes.
Acide thymique	0 gr. 25 centig.
Acide benzoïque	3 gr.
Teinture d'anis	6 gr.
Essence de menthe	1 gr.
Cochenille	0 gr. 20 centig.

Cette solution peut être également employée, plusieurs fois par jour, en gargarismes.

(Journal des Connaissances Médicales.)

III. — Stérilisation des mains

Bien des procédés ont été recommandés pour stériliser complètement les mains avant toute opération chirurgicale. Le Dr Menge vient, tout récemment, dans le *Münch. med. Woch.*, d'indiquer le procédé suivant :

On lave d'abord les mains à l'eau chaude avec du savon de potasse, au moyen d'une brosse ; puis, pour détruire les micro-organismes, on les passe dans une solution antiseptique, ensuite dans l'alcool à 90°. Enfin, on verse sur les mains un mélange de 10 grammes de paraffine dans 100 centimètres cubes de xylol. Ce mélange, en séchant, forme sur l'épiderme une sorte de vernis imperméable, souple, qui ne gêne pas les mouvements et qui se moule sur toutes les anfractuosités de la peau. L'opération terminée, on enlève ce vernis par un lavage à l'éther.

A ce propos encore, nous dirons : essayez et faites-nous savoir, chers lecteurs, les résultats que vous aurez obtenus. — Capitan.

(Médecine moderne).

IV. — Bain antiseptique au cyanure de mercure

Le cyanure de mercure et l'oxycyanure qu'on emploie depuis quelque temps pour stériliser les instruments détériorent comme le sublimé, malgré ce qu'on en a pu dire, les instruments au contact desquels on les met.

M. Maréchal ayant démontré que les instruments en acier, ou en nickel ne subissent aucune altération lorsqu'ils sont plongés dans une solution faiblement alcalinisée (2 o/o), à l'aide du borate de soude, du benzoate de soude, du carbonate de soude, etc. M. Denigès, de Bordeaux, s'appuyant sur ces données, a composé un bain de cyanure de mercure dans lequel il fait entrer du borate de soude. Il a constaté que ce bain conserve les instruments aseptiques sans les oxyder ; en voici la formule :

Eau distillée	1 litre.
Cyanure de mercure	2 à 5 grammes.
Borate de soude	10 grammes.
Ou bien carbonate de soude	14 grammes.

D'après M. Denigès, le borate de soude est préférable ; mais le bicarbonate de soude pourrait lui être substitué, car on lui a reconnu des propriétés antiseptiques.

E. B.

V. — Pate arsenicale.

Acide arsénieux. } ââ q. s.
Hydrochlorate de morphine. }
Acide phénique liquéfié q. s. pour faire une pâte.
Ajouter 5 o/o chlorhydrate de cocaïne.

(*Pharmaceutical Journal.*)

RECETTES ET PROCÉDÉS

Pour enlever les taches d'encre sur les feuilles d'un livre ou sur une gravure, on fait dissoudre dans l'eau environ 60 à 70 grammes de permanganate de potasse, ensuite on se munit d'acide sulfureux. Avant de commencer l'opération, il faut laisser bien tremper la feuille dans l'eau claire ; on l'éponge un peu entre deux buvards et on opère tout de suite sans lui laisser le temps de sécher. On verse le permanganate sur la tache et on l'y laisse jusqu'à ce que l'encre devienne couleur de rouille très prononcée ; alors seulement on verse la dissolution d'acide sulfureux qui enlève le permanganate et l'encre, ensuite on rince à l'eau claire.

On pourrait peut-être opérer à sec, mais il est à craindre que les ingrédients employés ne fassent des auréoles, tandis que l'eau n'abîme jamais le papier.

Par ce moyen, on peut aussi laver les vieilles gravures ; n'ayant pas d'encre à enlever, on mouille davantage la préparation qui ne détériore pas le papier comme l'eau de javelle.

Pour préserver les outils de la rouille on recommande de faire dissoudre 15 grammes de camphre dans 450 à 500 grammes de lard fondu ; on écume le liquide chaud et on y mêle environ 400 grammes de mine-

rai de plomb, de graphite, afin de donner à l'ensemble la couleur métallique voulue ; on en graisse copieusement les outils et on laisse cet enduit pendant vingt-quatre heures, après quoi on essuie bien avec un linge doux.

Pour enlever les taches de bougie sur les vêtements, il convient de bien mouiller la tache avec de l'esprit de vin : la bougie devient pulvérulente ; laisser évaporer l'alcool, secouer à l'aide de quelques chiquenaudes et brosser. Voilà le malheur réparé. Il est essentiel de laisser l'alcool s'évaporer tout à loisir, sans quoi la brosse ferait entrer dans le drap la bougie pulvérulente.

(La Vie scientifique) :



REVUE DE L'ÉTRANGER

TECHNIQUE DE LA GENCIVE CONTINUE ET COLORATION DES DENTS ARTIFICIELLES AVEC LES COULEURS DE LA PORCELAINE.

Par M. le Dr Ruegg, de Bâle.

Tout le monde concèdera que le travail de la gencive continue satisfait à la fois à l'esthétique et à l'hygiène et qu'il n'est susceptible d'aucun reproche à l'égard de la solidité : à *l'esthétique*, en ce qu'il nous permet d'imiter les contours et la couleur naturelle de la gencive avec une ressemblance surprenante et de tenir compte des anomalies de position quand cela est nécessaire ; à *l'hygiène*, car aucun autre genre de prothèse ne peut être tenu plus propre qu'une plaque de gencive continue bien confectionnée (fig. 2 et 3). Quant à la solidité, un dentier de ce genre supporte la mastication mieux qu'une plaque de caoutchouc et au moins aussi bien qu'une pièce en métal, surtout s'il s'agit d'une gencive continue à base de platine.

Quelles objections oppose-t-on à la gencive continue ? D'abord le poids spécifique de la porcelaine comparativement à celui de la vulcanite, qu'on considère comme un grand inconvénient, tandis que c'est souvent un avantage pour les pièces du bas ; pour les pièces de haut ce peut être, il est vrai, un grief fondé. Mais il ne faut pas oublier que l'habitude joue en cette matière un rôle considérable. C'est ainsi que j'hésiterais quelque peu à remplacer une pièce en caoutchouc, portée depuis des années, par une gencive continue, tandis que les patients qui portent un dentier pour la première fois s'habitueront aisément à celle-ci.

L'action de la succion, jointe à la pression musculaire, est suffisante

PLANCHE III.



Fig. 1. Fig. 2.

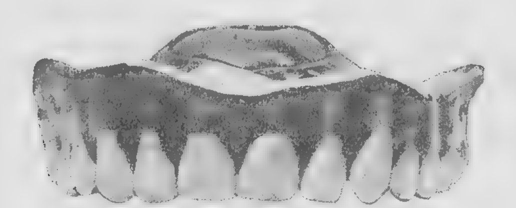


Fig. 3.

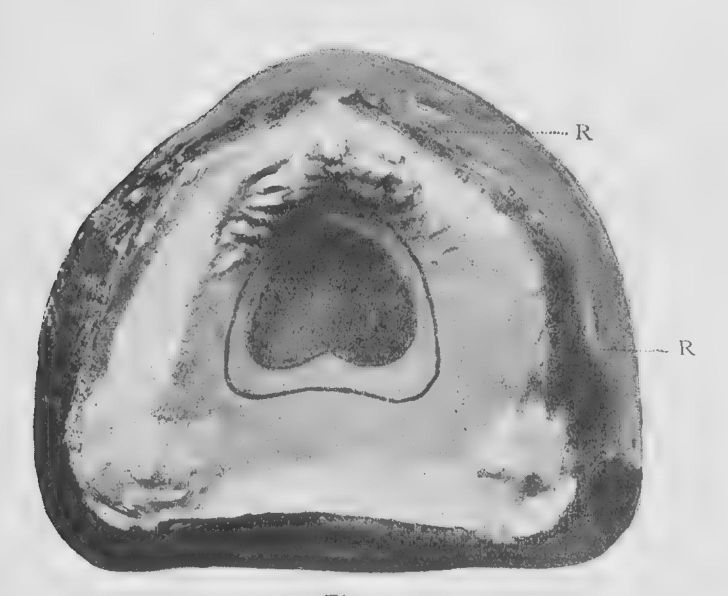


Fig. 4.

pour maintenir la pièce en place. Si l'on songe que la simple succion buccale peut développer une force de 100 à 150 mm. de pression d'une colonne de mercure par centimètre carré, il ne faut pas s'étonner du maintien en place d'une gencive continue pesant de 40 à 100 gr. au moyen de la succion.

Admettons la force de succion minima de 10 c. d'une colonne de mercure par centimètre carré de la surface de la chambre de succion, chaque centimètre carré subit une pression négative de 200 gr. ; en supposant une surface de chambre de 2 centimètres carrés, la force de succion se monte à 400 gr., pour maintenir en place un dentier de 40 à 100 gr. Nous pouvons également agrandir la chambre de la façon indiquée par la ligne noire (fig. 4), ce qui augmente la succion avec la surface. L'expérience confirme cette théorie.

Malgré cela, je ne recommanderai pas de pousser les choses assez loin pour que le poids de la pièce fasse équilibre à ce maximum de pression négative. Songeons que, même après une prise d'empreinte exacte, il existe dans la pièce de petits défauts d'articulation qui amènent un écartement de la pièce, écartement qui se produira d'autant plus aisément que nous affaiblirons davantage la pression négative résultant de la succion sous l'appareil par le poids de la pièce en gencive continue. C'est pour cela que les procès alvéolaires très résorbés constituent une contre-indication ; la masse et le poids des parties à restaurer seraient trop grands.

De même, la gencive continue n'est pas applicable quand la muqueuse de la joue commence très près du bord alvéolaire. Ici le bord de la pièce repose sur une partie qui facilite l'introduction de l'air sous la base par sa mobilité pendant la mastication. S'il n'y a que des plis muqueux qui s'écartent du bord alvéolaire, la difficulté est vaincue en échancrant la base de platine à l'endroit voulu. Il faut opérer ces corrections avant la cuisson ; elles ne sont plus possibles quand la plaque est finie.

Renonçons donc à la gencive continue quand il y a une surface spongieuse, en bourrelet, que la chambre remplit au bout de quelque temps, car alors elle n'a plus d'utilité.

Ces explications s'appliquent aux pièces du haut et du bas complètes dans lesquelles la face buccale, aussi bien que la face linguale, est recouverte de porcelaine. Je n'ai pas essayé, en effet, la gencive continue pour des dentiers partiels ; mais il est évident *à priori* que la masse ne peut pas dans ce cas servir à recouvrir des parties à ressorts ni même servir dans leur voisinage, autrement il y aurait fracture. La confection de semblables pièces présente d'ailleurs des difficultés, et on ne dispose pas d'un local convenable pour y installer son fourneau.

Mes essais en gencive continue se bornent à l'emploi de la masse

d'Allan et de celle d'Ambler. Suivant les indications de la maison S. S. White, la première fond à 1,200 degrés centigr., la deuxième à 1,100. La première possède une couleur magnifique, fraîche et une grande solidité ; mais je n'ai pas vérifié personnellement ces qualités, car mon fourneau ne m'a pas permis de liquéfier complètement la masse d'Allan. Par contre, j'ai employé pour la fusion — plus aisée — de la masse de Tees un fourneau construit par MM. Gesell, de Berlin, qui convient merveilleusement à l'opération.

Ce fourneau comprend une grille *a* et deux parties supérieures *b* et *c* qui le recouvrent. Un obturateur permet de régler l'arrivée de l'air dans la grille ; le foyer *b* contient le moufle. La partie *c* porte sur le devant une ouverture avec un obturateur. Le fourneau est en terre réfractaire, maintenue par des bandes de fer.

On remplit de papier et de menu bois l'espace entre la grille et la partie supérieure du moufle ; on allume, on place l'obturateur devant l'ouverture du foyer et on attend que le bois brûle ; alors on le place sous le moufle, on en ajoute de nouveau et on verse une pelletée de coke. On ferme la porte devant et on laisse brûler un quart d'heure. S'assurer qu'il y a du coke frais sous le moufle pour avoir la chaleur voulue. On garnit de coke jusqu'à la hauteur de l'ouverture du feu. La face intérieure du moufle doit être encore sombre à ce moment ; sinon on place l'obturateur devant l'ouverture inférieure. Puis on ferme soigneusement toutes les issues avec de la kaoline pour éviter un tirage inutile et la perte de la chaleur.

On confectionne à la manière ordinaire une matrice et un poinçon au moyen desquels on estampe la base de platine. L'estampage sur le modèle de plâtre avec du plomb fin est conservé pour obtenir une plaque de métal, qui est légèrement plus petite que la bouche. Si nous supposons une empreinte au plâtre, par suite de la dilatation de ce dernier, le modèle obtenu est un peu plus petit qu'en réalité. La plaque obtenue doit néanmoins ne pas être aussi petite que si elle est obtenue par une matrice de zinc, auquel cas la contraction de ce métal s'ajoute à la dilatation du plâtre.

D'ordinaire on emploie du platine n° 29 (jauge Standard) ; dans les cas d'articulation basse, du platino-iridium ; ce dernier se travaille aisément ; c'est pourquoi on se sert de zinc pour le poinçon. Si le bord à courber après la deuxième cuisson ne peut être courbé avec la pince, on ajoute au modèle de plâtre un bord de cire (fig. 4, R).

Après avoir pris l'articulation comme à l'ordinaire, les dents sont taillées de façon à ce que chacune touche la plaque. Si l'on néglige cette précaution, les dents peuvent changer de position pendant la cuisson. Il faut également placer les dents sur le procès alvéolaire, car des parties débordantes se brisent facilement pendant la mastication. Les dents sont fixées en position par de la cire dure et sont en-

châssées dans une masse composée d'une partie d'asbeste pulvérisée et de trois parties de plâtre. Çà et là on observe une dénudation des dents sur leurs bords, produite sans doute par la fusion de la masse avec l'émail de la dent ; mais on l'évite en laissant entre la dent et la masse un petit espace vide enduit d'une solution de vernis.

Il s'agit alors de fixer les crampons sur la plaque de platine et, quand ils ne touchent pas, d'insérer une bande de platine comme moyen d'union. Pour la soudure qui se fait le mieux sur un réchaud, n'employer que de l'or pur, car le cuivre verdit la porcelaine. Il n'y a pas besoin de borax, car nous avons affaire à un métal pur ; cependant il a pour effet de fixer les morceaux de soudure aux surfaces à souder.

Après avoir enlevé les oxydes métalliques susceptibles de colorer la porcelaine par la cuisson de la pièce dans de l'acide nitrique dilué, on peut déposer la première couche du corps. La poudre est mélangée avec de l'eau à la consistance de la crème et portée avec des instruments en forme de couteau et de spatule, de façon à combler toutes les anfractuosités entre les dents et derrière celles-ci et à ne pas se laisser former de bulles d'air, afin de ne pas compromettre la réussite du travail. La masse du corps se rétractant de 1/5 à la cuisson, on coupe avec un couteau entre les dents jusqu'à la base de platine (fig. 1, S. S.), autrement les dents changent de position lors du refroidissement. On place alors le dentier sur une plaque d'argile, les dents en haut, en l'appuyant sur des morceaux d'argile. On introduit le tout dans le fourneau avec une pince lorsque le fond du moufle est encore sombre. Une demi-heure après, on place l'obturateur devant l'ouverture du moufle et le corps est cuit cinq minutes après. On refroidit lentement dans un moufle chauffé précédemment. Remplir alors les fissures produites dans la première cuisson par la masse du corps et façonner les contours, en se guidant sur un modèle pris après une bonne empreinte sur un membre de la famille.

La deuxième cuisson s'opère de la même manière et l'on courbe ensuite le bord de platine. Le moment est alors venu de tracer avec de la couleur bleue des veines, qui, après cuisson de la masse d'émail qui recouvre, ont un aspect très naturel. Les places blanchâtres (fig. 2) du palais dur s'obtiennent par une application légère de la masse du corps, de sorte que le platine s'aperçoit au travers.

Il faut surveiller plus attentivement la cuisson de l'émail que les deux premières opérations. Employer dans cette phase des lunettes bleues pour ménager sa vue. Si l'on laisse la pièce exposée encore longtemps au feu, quand la liquéfaction est obtenue, on peut faire évaporer l'émail. Il en résulte que la gencive perd à ces points son éclat naturel.

Ces dentiers ne nécessitent pas de polissage ; les parties brutes

sont polies avec de la pierre d'Arkansas, puis avec de l'acier à polir, arrosé d'eau de savon.

Quant à la place que doit occuper le fourneau, il vaut mieux ne pas le monter dans le laboratoire, car le chauffage au coke dégage une chaleur si intense que les mécaniciens en sont incommodés.

Reste la question des réparations. Dans ce cas la masse de porcelaine est limée jusqu'à la base en platine avec des disques de sel gemme ; puis le crampon de la dent artificielle est soudé, ensuite la solution de continuité est remplie de la masse et cuite. Après application de l'émail, une deuxième cuisson est nécessaire. Heureusement ces réparations sont rares.

Tels sont les avantages et les inconvénients de la technique de la gencive continue.

(*Schweizer. Viertelj. f. Zahnheilkunde.*)



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

Code pratique des honoraires médicaux (Masson et Cie, Marchal et Billard, éditeurs, Paris).

Sous ce titre, M. le Dr Floquet, médecin en chef du Palais de Justice vient de publier un très intéressant recueil du droit et de la jurisprudence à l'usage des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, étudiants.

Comme l'a écrit M. le professeur Brouardel, dans la préface de ce livre, « Mieux que personne M. le Dr Floquet, familier avec les » études de droit et avec la pratique médicale, pouvait indiquer ces » écueils, les faire éviter à ses confrères. »

Le chirurgien-dentiste trouvera à chaque page des deux volumes qui forment cet ouvrage, et cela traité de main de maître, tous les cas d'exercice ayant entraîné des contestations, les articles du code applicables et sur lesquels il pourra s'appuyer pour revendiquer ce qui lui est dû ou pour diriger sa défense. Tout cela fortement documenté par la citation des jugements rendus sur les sujets traités.

Nombres de chapitres pourront être utilement consultés par lui, par exemple celle-ci : Droit pour les chirurgiens-dentistes d'exiger des honoraires ;

Des réquisitions des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ;

De la force probante des livres et registres tenus par les médecins[1]; Conventions d'honoraires etc., etc.

Sous le titre *Changements de médecins* l'auteur examine les situations réciproques du médecin *remercié* et de celui qui succède. Cet article pourrait être médité par certains dentistes, bien qu'il ne soit pas écrit pour eux; ils y trouveraient des conseils de déontologie des plus profitables.

J'aime à croire qu'ils sont rares ceux qui, sans scrupule, attirent par des moyens déloyaux les clients de leurs confrères ou bien consentent trop facilement à continuer des soins commencés, sans s'inquiéter si le dentiste précédent a été dédommagé de ses peines.

En somme, livre indispensable dans toute bonne bibliothèque de chirurgien-dentiste, le seul, je crois, qui soit actuellement conforme aux prescriptions de la loi du 30 novembre 1892.

E. B.

El Dentista pratico.

Nous venons de recevoir un fort volume de pathologie dentaire intitulé « *El Dentista pratico* », traité des opérations chirurgicales de la bouche, illustré de 109 figures par les professeurs J. Ariño et J. Cancella, de Bilbao. Ce volume, écrit en langue espagnole, contient une revue assez complète de tout ce qui peut intéresser le praticien depuis les cas les plus simples de la pratique courante jusqu'aux plus compliqués. Dans l'article redressement, les auteurs citent les appareils les plus employés et pour cela font un large emprunt aux auteurs français.

Les maladies de la bouche et de ses annexes, bien traitées, sont exposées clairement et accompagnées d'un formulaire. Tout cela est complété par une brochure de planches en chromo-lithographie représentant les affections de la bouche, traitées dans le volume précédent. Ce livre sera lu avec intérêt par nos confrères d'Espagne, où la littérature professionnelle fait presque totalement défaut.

E. B.

Nous apprenons la création d'un nouveau journal professionnel, le *Bulletin-Journal de l'Association des Dentistes du Rhône et de la région.*

Nous adressons tous nos souhaits à notre nouveau confrère.

M. le D[r] Röse, de Munich, bien connu par ses nombreux et remarquables travaux, a bien voulu nous adresser un certain nombre de ses articles en tirage à part. Nous l'en remercions très vivement.

---

1. Cela peut être appliqué aussi aux chirurgiens-dentistes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Un des fondateurs de ce journal, un ouvrier de la première heure (il y a dix-huit ans déjà !) nous adresse de La Rochelle les lignes suivantes, auxquelles nous nous faisons un plaisir de donner l'hospitalité.

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE PAR L'ÉTAT

Tous les jours en France on gémit sur le manque d'initiative de nos compatriotes et sur les chinoiseries qui naissent de l'intervention continuelle de l'Etat dans les moindres faits de la vie publique.

On parle bien haut des bienfaits que retirent certains peuples de l'initiative privée portée à un degré inconnu chez nous, cela est très bien ; mais quand par hasard on passe à la pratique, quand on trouve quelques courageux citoyens oser se passer de l'aide de l'Etat pour des créations d'utilité publique, grand bruit dans le marécage.

Ainsi en est-il à propos de l'enseignement de l'art dentaire. Des écoles se sont créées ; elles sont prospères, elles donnent un enseignement sérieux et le progrès y est continuellement stimulé par la concurrence. Cet enseignement ne coûte rien à l'État, c'est-à-dire à la collectivité des citoyens ; au contraire, il rend par ses dispensaires des services publics à la partie la moins fortunée de la population.

Il me semble que voilà de beaux exemples des bienfaits de l'initiative privée et que tout le monde va crier haut. Eh bien ! point ; les grenouilles demandent un roi ! Oh certes, on jette des fleurs sur ce que l'on veut enterrer, voir même des immortelles : tout est bien dans ces écoles, mais l'enseignement de l'État ! On en tombe en pâmoison rien que d'en parler.

C'est de Lyon et de Marseille que partent actuellement ces demandes de création de nouveaux mandarinats.

De Lyon, la grande cité industrielle chez laquelle l'initiative individuelle a créé la richesse et la renommée ! De Lyon, qui envoie ses enfants jusqu'au fond de l'Asie, pour chercher des débouchés à son commerce et à son industrie !

De Marseille, qui ne demande pour vivre qu'un peu de liberté pour ses multiples transactions ! C'est comme si des chiens de chasse demandaient des muselières !

Mais, messieurs de Lyon et de Marseille, soyez donc de vos petites patries, qui font tant pour la gloire de la Grande ; faites ce que Paris, Bordeaux, Lille, ont fait : créez des écoles dentaires et ne réclamez à l'État que ce que l'État peut et doit donner.

Or, que doit l'État dans l'occurrence, non aux dentistes, auxquels il

n'est redevable de rien, mais à la collectivité des citoyens qui a besoin des soins de ces dentistes? Quel est en un mot le rôle de l'Etat?

Ce rôle doit consister simplement à demander à tous ceux qui s'occupent de l'art de guérir, art qu'exercent les dentistes, un minimum de connaissances médicales, leur donnant droit à l'exercice de cet art et servant de garantie morale aux malades qui sont appelés à solliciter leurs soins.

Voilà ce que l'Etat doit et rien autre.

La matière demandée pour les deux premiers examens du diplôme de chirurgien-dentiste aurait été un bagage suffisant pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'exercice de l'art dentaire; mais comme on a voulu créer un titre, prenons le ruban, puisqu'il existe, car il serait trop cruel pour beaucoup de petites vanités de perdre cette ombre. Seulement, qu'on en reste là, car la profession a su se défendre victorieusement contre l'empirisme et l'ignorance. Qu'au lieu d'étouffer la bonne semence, fournie par l'énergie et l'initiative de quelques-uns, sous le chiendent du mandarinat officiel, l'on aide au contraire par de multiples encouragements moraux et financiers les créations anciennes et celles à venir, et l'on aura plus sagement travaillé à la prospérité et aux progrès de l'art dentaire.

En même temps on fournira une preuve de plus pour combattre les déprimantes théories sociales qui nous entraînent peu à peu à la suppression de toute énergie, de toute initiative individuelle et à leur remplacement par l'omnipotence de l'Etat.

Emile LONGUET.

CHRONIQUE JUDICIAIRE

La 7e chambre supplémentaire a examiné récemment un petit procès qui s'y était engagé, sous la forme d'un appel de justice de paix, entre un dentiste et une vieille demoiselle, autour d'un râtelier, procès acharné s'il en fut, à en juger par le nombre de dents (dix, s'il vous plaît) que la vieille demoiselle avait contre ledit dentiste.

Le râtelier en question était, au dire du dentiste, un véritable chef-d'œuvre, et celui-ci exigeait de la vieille demoiselle sept cent quatre-vingts francs en échange.

Vous pensez si la vieille demoiselle protesta. Elle fit commettre un expert, qui qualifia de ridicules les prétentions du dentiste. Mais celui-ci, accroché à son râtelier, ne voulait pas (c'est le cas de le dire) en démordre.

Après de très spirituelles plaidoiries de Me Weisweiller pour la vieille demoiselle et de Me Paisant pour le dentiste, celui-ci a eu la douleur de voir sa demande déclarée nulle en droit, ce qui a dis-

pensé le tribunal de se prononcer exactement sur la valeur artistique du fameux râtelier.

J'ajoute qu'à en croire le substitut de service à l'audience, le dentiste en question, quoique très connu à Paris, ne serait qu'un insigne charlatan, qui, pour estomaquer ses clients, les opérerait en bonnet et en robe, comme les savants docteurs de la *cérémonie* du *Malade imaginaire*.

Ceci, à titre de simple élément de moralité.

(*Le Soleil*).



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL DE TOULOUSE [1]

Présidence de M. TOURRATON

Audience du 3 *février* 1898.

DENTISTE. — LOI DU 30 NOVEMBRE 1892. — EXERCICE ANTÉRIEUR NON NÉCESSAIRE.

Pour jouir du bénéfice de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, qui maintient le droit d'exercer l'art dentaire à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892, il n'est pas nécessaire à celui qui a rempli cette formalité d'avoir exercé la profession de dentiste avant le 1er janvier 1892.

Mais les intentions du législateur seraient méconnues si un dentiste établi postérieurement au 1er janvier 1892 avait été patenté seulement dans le courant de l'année et avait usé ensuite d'artifice pour faire remonter les effets de la déclaration au 1er janvier 1892, en acquittant les termes échus.

(*Syndicat des chirurgiens-dentistes c. Collière.*)

Ainsi jugé :

Le Tribunal,

Attendu que l'action intentée par le Syndicat des chirurgiens-dentistes contre Collière a pour objet de faire déclarer que le bénéfice de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, qui maintient le droit d'exercer l'art dentaire à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ne doit pas être accordé à celui qui, bien qu'ayant satisfait à cette formalité, n'exerçait pas antérieurement au 1er janvier ;

Attendu que la prétention des demandeurs méconnaît le texte de la loi et viole son esprit ; qu'en effet, si le législateur avait entendu exclure

1. Nous avons publié dans notre n° du 15 avril un article de notre collaborateur judiciaire, appréciant un jugement du tribunal de Toulouse. Etant donné l'importance de ce jugement, que nous trouvons dans le journal « *La loi* » du 15-16 mai 1898, nous pensons être utile à nos lecteurs en le publiant in extenso.

es patentés de 1892, de l'article 32, il eût dit que le droit d'exercer l'art dentaire ne serait maintenu qu'au profit des dentistes patentés à la date du 31 décembre 1891 ; qu'en parlant du 1er janvier 1892, il a voulu, afin de sauvegarder les situations acquises et respecter le principe de la non-rétroactivité des lois, admettre les dentistes en exercice lors de la promulgation de la loi au bénéfice de ses dispositions transitoires ; que telle est au surplus, la pensée qui se dégage des travaux préparatoires ; que l'article 6 du projet primitif adopté par la Chambre des députés portait que le droit d'exercer la profession de dentiste serait maintenu à tout dentiste, quelle que fût sa nationalité, justifiant, par la production de sa patente, « d'une année d'exercice » au jour de la promulgation de la loi (V. *Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891. Délibr. part., Ch. des députés, page 650 et suiv.) ; qu'au Sénat, le rapporteur M. Cornil, faisant allusion aux divergences qui s'étaient produites au sein de la commission entre les partisans du libre exercice de la profession et ceux d'une réglementation rigoureuse, demanda, à titre de compromis, qu'il fût justifié par la patente de « deux années » d'exercice ; que M. Blavier soutint alors que, s'il convenait, dans l'intérêt de la santé publique, de demander certaines garanties de pratique à celui qui, n'ayant pas passé d'examen, serait autorisé à exercer au même titre que le dentiste pourvu d'un diplôme, il y avait lieu également de respecter les droits d'une personne qui avait créé un établissement et exerçait déjà une profession sous la foi d'une législation qui l'avait laissée jusqu'à ce jour, pleinement libre et dont une législation nouvelle venait en quelque sorte l'exproprier ; qu'il proposa en conséquence un amendement n'exigeant d'autre condition que celle d'être inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; que M. Le Cuen soutint la proposition de son collègue, en s'appuyant sur l'interdiction faite par le paragraphe 2 de l'article à ceux qui seraient exceptionnellement autorisés à continuer l'exercice de la profession de dentiste de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé, disposition qui, d'après lui, prévenait tout danger ; que malgré l'insistance du rapporteur, qui faisait observer qu'à raison des remaniements probables de la loi et de la volonté manifeste des Chambres de ne la rendre exécutoire qu'un an après sa promulgation, le dentiste qui payait, à ce moment, sa patente aurait deux ans d'exercice au moment de l'application de la loi, malgré la remarque du président que le désaccord entre le rapporteur de la commission et l'auteur de l'amendement ne portait que sur deux ou trois mois, ce dernier fut adopté et devint le texte définitif (V. *Journal Officiel* du 23 mars 1892. Débats parl., Sénat, page 26 et suiv.) ;

Attendu que, si le législateur a ainsi affirmé sa volonté de s'en tenir à l'inscription sur le rôle des patentes du 1er janvier 1892, on conçoit que ses intentions soient méconnues, lorsqu'un dentiste établi postérieurement à cette date paie patente dans le courant de l'année et use ensuite d'artifice pour faire remonter les effets de la déclaration au 1er janvier, en acquittant les termes échus ; mais que tel n'est pas le cas de Collière, qui figure comme imposé pour la profession de dentiste, sur le rôle des patentes de l'année 1892, établi à Albi le 31 décembre 1891 ;

Attendu, dans ces conditions, qu'aucun délit ne lui étant imputable, l'action civile ne saurait, devant la juridiction répressive, survivre à l'action publique, laquelle n'est pas recevable ;

Sur les conclusions reconventionnelles de Collière tendant à l'allocation de dommages pour abus de citation ;

Attendu que la poursuite dont il est l'objet procède chez les demandeurs plutôt d'une interprétation inexacte de la loi que d'une pensée de malice et de vexation ; que sa demande doit, en conséquence, être rejetée ;

Attendu que la partie qui succombe est passible des dépens ;

Par ces motifs,

Déclare le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France non recevable dans sa demande ;

Rejette, comme non fondées, les conclusions de Collière en dommages-intérêts ;

Déboute, en conséquence, chaque partie de sa demande et condamne la partie civile aux dépens.

Plaidants : Mes FAVAREL et DÉSARNAUTS, avocats.

OBSERVATION. — Comp. Seine, 10 novembre 1896 (*La Loi* du 11 décembre 1896).

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

SERVICE DU DISPENSAIRE

Pendant les mois de mars, avril, mai, juin 1898.

Inscriptions : malades nouveaux	3.847
Consultations : malades en traitement	7.377
Total	11.224

1° CLINIQUES

Consultation sans traitement	293	3.581
Extractions	1.113	
Clinique d'anesthésie	138	
Clinique de prothèse	131	
Madades passés dans le service de la dentisterie opératoire	1.906	

2° Dentisterie opératoire

	Pansements et traitements	3.977	7.357
Obturations	Gutta et ciments	1.810	
	Amalgames	706	
	Aurifications	117	
	Etain	31	
	Nettoyages	716	

3° Prothèse pratique.

Appareils	19	61
Dents à pivot	25	
Redressements	17	
4° Malades ayant interrompu leur traitement.		225
Total égal		11.224

Nous recevons la circulaire suivante que nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs :

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

BORDEAUX 1895 — NANCY 1896 — PARIS 1897

SESSION DE LYON (1898)

Changement de Date du Congrès

Paris, le 20 Juillet 1898

Monsieur et Cher Confrère,

Dans une précédente Circulaire, datée du 1er mars 1898, les Bureaux Central et Local vous invitaient à participer au Congrès Dentaire National qui devait se tenir le 4, 5 et 6 août, à Lyon. Cette date avait été choisie comme semblant devoir être la plus pratique pour tous ; mais, depuis cette première Circulaire, un très grand nombre de Confrères désirant prendre part au Congrès ont demandé, soit isolément, soit par groupes, que la date primitivement choisie soit reportée au milieu d'août.

Devant le désir si légitime de tous ces Confrères, les Bureaux Central et Local, après entente, ont décidé que le Congrès Dentaire National se tiendrait à Lyon, les **12, 13 et 14 août prochain.**

Nous vous rappelons que les séances du Congrès auront lieu à la Faculté de Médecine de Lyon.

Tenant compte des observations qui ont été présentées par divers confrères, les Bureaux Central et Local ont fait tous leurs efforts pour s'assurer un très grand nombre de démonstrations pratiques. Les questions d'anesthésie, de dentisterie opératoire et de prothèse seront largement traitées. Le volume des Comptes rendus paraîtra en décembre.

Espérant, Monsieur et Cher Confrère, que vous serez avec nous,

cette année à Lyon, nous vous prions de recevoir l'expression de notre confraternelle sympathie.

Le Président du Bureau Central, Dr **C. QUEUDOT.**
Le Secrétaire Général, **SIFFRE.**

La cotisation, fixée à **15 francs,** donne droit au Compte rendu des travaux du Congrès.

NOTA. — Vous recevrez en temps et lieu, dès que vous aurez envoyé votre adhésion, les différents avis et communications relatifs au Congrès.

Les Souscriptions doivent être adressées à M. VIAU, Trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

Pour les communications, démonstrations et tous renseignements, écrire à **M. SIFFRE,** *Secrétaire général,* 97, *boulevard Saint-Michel, Paris.*

Programme des Séances du Congrès.

Jeudi 11 *août à 9 h. 1/2 du soir.* — Réception des Congressistes par le Bureau Local. — Nomination du Bureau non régional. — Punch.

Vendredi 12, *à 9 h. 1/2 du matin.* — Ouverture officielle du Congrès. — Discours d'usage. — Rapport du Dr TELLIER sur la 1re question à l'Ordre du jour :

Des altérations des dents et de la muqueuse gingivale dans les diverses diathèses.

Discussion.

Vendredi à 2 heures. — Rapport du Dr SAUVEZ sur la 2e question à l'Ordre du jour :

1° De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion. — Discussion ;

2° Nomination de la Commission des vœux ;

3° Communications. — Discussion.

Samedi 13, *à 9 heures du matin.* — Démonstrations pratiques.

A 2 heures. — Communications (*suite*). — Discussion.

Dimanche 14, *à 9 heures.* — Démonstrations pratiques.

A 2 heures. — Examen des vœux. — Résolutions. — Elections diverses.

A 7 heures. — Banquet.

Lundi 15 (ASSOMPTION). — Excursions.

2e LISTE D'ADHÉRENTS

Beausillon......	Paris.	Davenport I....	Paris
Bureau (Mlle)...	—	Ott G..........	—
Champagne.....	—	De Swetschin...	Lyon.
Damain.........	—	Gilbert J.......	—

Bouvet......... Angers.
Brodhurts...... Montluçon.
Daclin......... Châlon-sur-Saône.
Meyer O........ Villefranche.
Murgier........ Annecy.
Nagy F......... Genève.

Soit.. 14 membres.
Liste précédente.. 91 —
Total.. 105

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE AUX ÉTATS-UNIS

Nous relevons dans le *Dental Cosmos* du mois de mai 1898 un article sur l'enseignement dentaire tel qu'il existe actuellement aux Etats-Unis, article lu le 23 février dans la section du sud de l'Association nationale dentaire et duquel nous extrayons les passages suivants:

. . . .

« Quatre griefs sont articulés contre notre enseignement :

1° Il y a trop de collèges dentaires ;

2° Les conditions d'entrée dans ces collèges ne sont pas assez rigoureuses ;

3° Il est délivré annuellement un trop grand nombre de diplômes ;

4° Les collèges sont guidés uniquement par des pensées de lucre. »

. . . .

L'auteur s'efforce de réfuter point par point ces diverses allégations.

En combattant le quatrième grief, il laisse échapper les aveux suivants, qui sont précieux à recueillir.

... « Il faut reconnaître qu'à l'époque très pratique où nous sommes bien peu de gens dépensent leur temps et leur habileté gratuitement, de sorte que l'accusation est quelque peu fondée...

Il est hors de doute que, dans quelques cas, les fondateurs d'écoles dentaires ont partagé l'opinion répandue qu'il y avait là des millions à gagner, et il se peut que quelques-uns en aient profité. »

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un de nos diplômés, M. Edouard Thumas, décédé le 24 juin, dans sa 23e année, à Rennes.

Nous exprimons nos bien sincères condoléances à sa famille.



Un projet de loi a été déposé à la Chambre des députés des Etats-Unis tendant à nommer un dentiste par brigade avec le grade de major et un par régiment avec celui de capitaine. Il en serait de même dans l'armée de mer.

Un exemple a suivre.

Le Dental Hospital de Londres vient de recevoir un don de 6.250 francs.

La nécrose phosphorée a la Chambre des communes.

M. Steadman demande quelles mesures seront prises pour faire une enquête sur l'emploi funeste du phosphore jaune dans la fabrication des allumettes.

M. Ridley, secrétaire d'Etat à l'Intérieur, répond que chaque fabrique du royaume a été l'objet d'une visite et d'un rapport de la part des inspecteurs. Le Ministère des affaires étrangères a, de son côté, fait une enquête sur les mesures adoptées et les résultats obtenus à l'étranger.

La question est examinée, de plus, sous le côté scientifique par les Drs Olivier et Thorpe (le premier a déjà visité les principales manufactures françaises et fait un rapport spécial) et au point de vue dentaire par le Dr Cunningham, qui a déjà fait un rapport préliminaire et que je me propose d'envoyer en France pour y continuer son enquête. Je communiquerai le plus tôt possible à la Chambre le résultat de ces enquêtes.

Comme on le voit, les accidents fâcheux auxquels sont exposés les ouvriers allumettiers préoccupent l'opinion publique en Angleterre.

Notre ami le Dr Cunningham est arrivé à Paris le jeudi 21 courant et, après avoir obtenu du Ministère des Finances l'autorisation nécessaire, a pu se livrer à son enquête dans les manufactures de Pantin et d'Aubervilliers, où la fabrication des allumettes va d'ailleurs subir prochainement une transformation qui fera disparaître tous les inconvénients actuels.

Nous espérons pouvoir publier sous peu un extrait du rapport de M. Cunningham.

TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

B. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? Nº 17. — *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes produits par la vulcanisation?*

? Nº 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte: plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs, et pour les conserver ainsi juqu'au moment de leur emploi?*

Li-ga-man.

? Nº 46. — *Existe-t-il un ouvrage sur le traitement de l'*aluminium *et sur son application à l'*art dentaire ?

? Nº 50. — *Le* protoxyde d'azote liquéfié, *contenu dans une bouteille en acier déjà entamée, s'altère-t-il? En cas d'affirmative, au bout de quel laps de temps?* Dr A. R.

? Nº 51. — *Quel est le fabricant de l'*angle universel *pour machine à fraiser?* Dr G.

? Nº 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur* Barbe *tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'Aide-Mémoire de* P. Dubois? *R. B.*

? Nº 63. — *Obtiendra-t-on une réduction de prix sur le chemin de fer pour aller au congrès de* Lyon?

? Nº 65. — *Connaît-on un procédé pour empêcher la dilatation des rondelles en caoutchouc pour succions? Mes confrères ont-ils le même inconvénient que moi, qui suis obligé de les changer tous les deux mois?* *E. B. de C.*

? Nº 66. — *Un de mes patients, jeune homme de 21 ans, voit depuis deux ans ses gencives supérieures se couvrir constamment d'un enduit pâteux collant, finement granuleux. Cet état s'accompagne d'une sécheresse des lèvres avec légères crevasses. Quelle est l'étiologie de cette affection et que puis-je faire pour la combattre?* *Dr S.*

? Nº 67. — *Peut-on indiquer les différents ouvrages sur les amalgames et la librairie où ils se trouvent?* *J. H.*

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

CONSEIL DE DIRECTION

Réunion du 8 mars 1898.

Présidence de M. GODON, président, puis de M. VIAU, vice-président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Lemerle, Löwenthal, Maire, de Marion, Martinier, Papot, Prest, Richard-Chauvin, Stévenin, Sauvez, Viau.

M. le Secrétaire adjoint donne lecture du procès-verbal, qui est adopté sans observation.

M. Godon annonce la nomination, sur la demande du Conseil de l'Ecole de M. Viau comme officier de l'Instruction publique, de MM. Martinier et d'Argent comme officiers d'Académie, ainsi que celle de plusieurs autres membres de la Société, et félicite les nouveaux titulaires de ces distinctions.

M. Viau remercie en leur nom.

M. Godon fait part du décès du beau-père de M. Loup survenu d'une façon tragique, de celui de M. Victor Simon et de celui du beau-frère de M. Ronnet.

Des regrets sont exprimés aux trois familles éprouvées.

M. Godon fait part également du décès de Mme Busquet mère, diplômée.

Il donne lecture d'une lettre de la maison Kölliker faisant don de matériel à l'Ecole.

Après diverses observations présentées par *MM. Papot, Sauvez, Lemerle* et *Godon*, le Conseil adresse des remercîments et des félicitations au donateur, ainsi qu'à M. Ott, son représentant.

M. Godon annonce qu'il a reçu de la préfecture de la Seine une lettre au sujet des bourses et du Ministère de l'Agriculture une lettre au sujet de la subvention sur le pari mutuel.

M. Richard-Chauvin dépose l'ordre du jour suivant, qui est mis aux voix et adopté :

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, saisi d'une question de M. Viau au sujet d'attaques contre le dit Conseil, publiées dans le *Monde dentaire*, dont M. de Marion est secrétaire de la rédaction, après avoir entendu les déclarations de ce dernier protestant contre ces attaques, prend acte de ces déclarations et passe à l'ordre du jour.

M. Godon communique une lettre de l'inspecteur d'Académie concernant l'élève X.

Sur la proposition de *M. Martinier*, il est décidé de publier dans *L'Odontologie* une lettre de l'Académie de Paris qui a trait aux obligations qui incombent aux élèves.

M. Godon fait connaître que la Société des dentistes du Sud-Est a adressé à la Société une invitation à participer à un Congrès à Marseille.

Des observations sont présentées par *MM. Papot*, *Sauvez*, *d'Argent*, *Lemerle* et *de Marion.*

Sur la proposition de *M. Godon*, l'invitation est acceptée en principe, des remercîments sont adressés à la Société des dentistes du Sud-Est et le bureau est autorisé à choisir deux délégués à envoyer à ce Congrès, en s'entendant avec la Société d'Odontologie et l'Association.

M. Godon annonce que la Société a reçu l'invitation d'assister à un Congrès d'hygiène à Madrid.

L'invitation est acceptée et le bureau est chargé du soin de faire représenter la Société au dit Congrès.

Sur la proposition de *M. Godon*, le Conseil approuve l'envoi d'une pétition au Ministre du Commerce en vue de la création d'une classe d'enseignement dentaire à l'Exposition de 1900.

M. Martinier communique des demandes formées par les élèves Gironi et Baudrey et tendant au report à *1899* de leurs inscriptions. — Accordé.

M. Godon demande le droit pour le bureau d'attacher un employé au secrétaire-adjoint et le vote d'un crédit de 1.200 fr. pour rémunérer cet employé.

Après observations de *MM. d'Argent*, *Godon* et *Lemerle*, qui propose une modification dans la répartition des attributions des employés — proposition renvoyée au bureau — les deux demandes de M. Godon sont accueillies.

Sur la demande de *M. Bonnard*, la nomination du bureau est renvoyée à la fin de la séance.

Sur la proposition de *M. Papot*, M. le Dr Simon René et M. Hadji Antonoglou sont admis respectivement en troisième année et en première année comme élèves irréguliers.

M. Papot donne lecture d'une demande de Mme Salomon tendant à suivre les cours cliniques dans un hôpital.

Après observations de *MM. Godon*, *Sauvez* et *Lemerle*, la demande est accueillie, à condition que la pétitionnaire se soumette à toutes les obligations imposées aux élèves de troisième année.

Sur la proposition de *M. Papot*, M. Crapez, de Reims, est admis membre de la Société.

Après avis favorable fourni par *M. Stévenin*, au nom du Conseil de famille, M. Leduc, de Rouen, est également admis.

M. Bonnard donne lecture d'un rapport, au nom de la Commission d'enseignement.

M. Houdoux est nommé démonstrateur de prothèse pour le samedi et M. Hofzumahaus est également nommé démonstrateur pour le vendredi.

M. de Marion est nommé chef de clinique pour le jeudi, avec engagement de faire aussi le service le dimanche, en attendant que ce service soit assuré.

Le samedi est attribué à M. de Croes et le vendredi à M. Paulme, concurremment avec M. Touvet-Fanton.

Un projet d'ouverture de concours de chefs de clinique est pris en considération et renvoyé à la Commission d'enseignement.

Il est procédé à la nomination du bureau, après quelques observations formulées, par *MM. Viau*, *Papot* et *Richard-Chauvin.*

Le scrutin donne les résultats suivants :

M. Godon est élu président du Conseil d'Administration.

MM. Lemerle et Viau sont élus vice-présidents.

M. d'Argent est nommé trésorier.

MM. Martinier et Sauvez sont nommés secrétaire général et secrétaire-adjoint respectivement.

MM. Bonnard, Prevel et Lemerle sont désignés, pour les postes de bibliothécaire-archiviste, économe et conservateur du Musée.

MM. Bioux et Prest sont nommés délégués du Conseil à la Société d'Odonlogie.

Le tableau de la répartition et de la composition des Commissions présenté par *M. Martinier* est adopté, après observations formulées par ce dernier, ainsi que par *MM. Papot* et *Richard-Chauvin.*

L'assemblée se sépare à 11 h. 3/4.

Le Secrétaire général, P. MARTINIER.

18e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro donne en supplément, une planche tirée hors texte.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

SOURCES DE LA CHALEUR ANIMALE

Par M. le Dr AUG. MARIE,
Ex-interne des Hopitaux de Paris,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

La production de chaleur est un fait général et commun à tous les êtres organisés. Les végétaux, à l'époque de la germination, présentent une température plus élevée que celle du milieu extérieur : les fleurs des aroïdées peuvent marquer jusqu'à 15°c. Les animaux, sous le rapport de leur faculté de développer de la chaleur, se divisent naturellement en deux groupes : celui des animaux dits *à sang chaud,* et celui des animaux dits *à sang froid.*

On sait en quoi ces dénominations sont défectueuses et qu'on veut simplement dire par là que les animaux *à sang chaud,* ou *à température constante, les homéothermes,* produisent beaucoup de chaleur, sont capables de maintenir leur organisme à une température supérieure à celle du milieu ambiant et variable dans de faibles limites. Au contraire, les animaux *à sang froid* ou *à température variable,* les *poïkilothermes* produisent aussi de la cha-

leur, mais se distinguent des autres en ce qu'ils n'en produisent pas assez pour maintenir leur température au-dessus de celle du milieu ambiant au delà de quelques dixièmes de degrés, et en ce que leur température peut s'abaisser jusqu'au voisinage de 0° sans qu'ils cessent de vivre, de se mouvoir, de se nourrir.

En un mot, l'animal à sang chaud *adapte* sa température à celle du milieu extérieur, l'animal à sang froid la *subit*.

On peut admettre qu'à l'apparition de la vie sur la terre, les animaux, qui subirent les températures excessives du globe, ne possédaient aucun pouvoir calorifique propre. Pour certains d'entre eux, qui sont restés animaux à température variable, la vie s'est perpétuée à travers les époques plus froides qui ont suivi, en subissant ce refroidissement extérieur. Chez d'autres, qui sont aujourd'hui les animaux à température constante, une fonction nouvelle de production de chaleur, s'est peu à peu développée ; cette fonction devait finalement aboutir au régulateur si parfait de la température qu'est le système nerveux des vertébrés supérieurs.

Dans le groupe des animaux à température invariable on range les oiseaux (42°) (l'hirondelle marque 44°), les mammifères (39°), l'homme (37°).

Dans l'autre groupe (animaux à température variable) on peut distinguer :

1°) Ceux qui meurent au-dessous de 20° ; — (Mammifères et oiseaux nouveau-nés).

2°) Ceux qui s'engourdissent seulement au-dessous de 20° ; les Hibernants.

3°) Ceux qui demeurent actifs au-dessous de 20°. — Reptiles. Batraciens. Poissons. Mollusques. Insectes.

On sait que la température de l'homme, dans l'état de santé, offre des variations assez légères.

Un nouveau-né peut n'avoir, le premier jour que 35° axillaire ; rapidement il atteint la moyenne de 37,5. Chez le vieillard on peut noter un abaissement à 37°. Chacun a d'ailleurs sa température propre : celui-ci 37,3, celui-là 37,1 ; chacun a son *coefficient thermique*. Wunderlich donne comme moyenne rectale 37°35 à 4 heures du soir, et 36°4 à 3 heures du matin. L'écart des oscillations thermiques de chaque jour serait donc de 9 dixièmes.

On a pu dresser la topographie calorifique du sang et de divers organes en remplaçant les thermomètres par les aiguilles thermo-électriques reliées à un galvanomètre ; les différences de température plus délicates sont ainsi mesurables.

Dans une série d'expériences célèbres, où une critique serrée va de pair avec une technique impeccable, *Claude Bernard*, en introduisant ces aiguilles dans les ventricules du cœur et dans les gros vaisseaux de chiens curarisés, a établi d'une façon définitive que la température du sang dans le ventricule droit est supérieure de plus de 2 dixièmes de degrés (0°232) à celle du ventricule gauche ; qu'il en est de même pour la crosse aortique, la carotide primitive, l'artère crurale, la veine cave inférieure, les veines rénales et sus-hépatiques, tandis que le sang est moins chaud dans l'aorte thoracique, les artères rénales, la veine cave supérieure ; qu'il existe enfin, sur le milieu du trajet de l'aorte, un point d'équilibre où les températures du sang de cette artère et du sang de la veine cave inférieure au même point sont identiques.

Le fait important de ces mensurations, c'est la connaissance de l'antagonisme entre les deux portions du système veineux : l'une, source d'échauffement, est représentée, en dernier terme, par la veine cave inférieure, qui apporte au cœur droit du sang plus chaud que le sang artériel ; l'autre, source de refroidissement, par la veine cave supérieure, qui, demeurée étrangère à la cavité abdominale, se comporte comme les veines périphériques. Les deux courants, de température différente, mêlent leurs ondes dans le ven-

tricule droit et y confondent leurs températures. Nous saisissons donc déjà, par cette topographie calorifique, que le sang, qui tend à perdre sa chaleur à la périphérie, la regagne au sein des viscères.

Lorsque *Lavoisier* établit la localisation de la combustion respiratoire dans les capillaires pulmonaires, c'est dans le sang qu'il plaça la source de la chaleur animale; on sait maintenant que c'est surtout un phénomène extra-sanguin qui dégage du calorique, phénomène consistant dans le contact et l'échange entre les tissus élémentaires et le sang, au moment où se produisent les actions chimiques de la nutrition.

Mais si Lavoisier a restreint au poumon les sources de la chaleur, en montrant, dans les combustions respiratoires, de l'oxygène consommé et remplacé par de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau, il a prouvé *que la vie est une fonction chimique et créé ainsi la possibilité de l'expérimentation en physiologie.*

Tous les tissus de l'organisme dégagent du calorique, le tissu musculaire par exemple.

C'est un fait d'observation vulgaire que l'on s'échauffe par le mouvement, par l'exercice de ses muscles.

Citons seulement pour mémoire les expériences très précises de *Helmholtz* sur des grenouilles dont les contractions musculaires étaient provoquées par l'excitant électrique. On peut aussi plonger un thermomètre au milieu des muscles de la cuisse et les tétaniser par électrisation du nerf sciatique; on verra le thermomètre monter d'un degré. Il n'y a donc aucune contestation sur ce fait de la production de chaleur dans le muscle pendant son fonctionnement. Mais un muscle au repos, relié aux centres nerveux par les nerfs moteurs, c'est-à-dire en état de tonicité, dégage encore de la chaleur, et davantage qu'un muscle flasque et séparé des centres nerveux.

Cette chaleur est produite dans l'intimité de la fibre musculaire elle-même, indépendamment du sang, et la respiration musculaire, caractérisée par l'augmentation, depuis

longtemps constatée, de la température et de la coloration noire du sang dans les veines musculaires, cette respiration n'est qu'une des manifestations de l'activité nutritive de la fibre.

Chaque contraction musculaire correspond à une absorption plus grande d'oxygène, à une surproduction d'acide carbonique et à une transformation plus complète des matières albuminoïdes en matières extractives, et tous ces phénomènes chimiques se font avec dégagement de chaleur. *M. Richet* a reproduit expérimentalement cette hyperthermie en provoquant le tétanos musculaire par excitation du système nerveux ; il a obtenu chez le chien des températures de 43 et 45° ; au cours de l'expérience il a pu déterminer une forte saignée et, malgré cela, la température est restée aussi élevée après qu'avant la saignée.

Le chien de cette expérience peut de même avoir été privé d'aliments pendant une semaine, et cependant M. Richet observe sur lui les mêmes effets thermiques; *par conséquent le sang apparaît non comme la cause, mais comme le véhicule des combustions qui se passent en dehors de lui.*

Inversement, tout ce qui supprime d'une façon ou d'une autre le jeu des muscles, déterminera un abaissement de la température. On prend la température d'un chien (39°9); on lui administre du curare, 1/2 heure après le thermomètre est tombé à 37°7, et cependant la digestion et les sécrétions continuent. Il y a longtemps que Legallois refroidissait les animaux en les attachant de façon à les immobiliser complètement, avant la découverte des propriétés du curare.

Le système nerveux se comporte de la même façon, et toute forme de l'activité des organes nerveux provoque un dégagement de chaleur ; on a de même dans les laboratoires de physiologie plusieurs moyens de refroidir artificiellement les animaux à sang chaud en agissant sur leur système nerveux. On peut, par exemple, couper la moelle, refroidir l'animal dans un milieu réfrigérant, l'immobi-

liser, l'enduire d'un vernis ; par l'un de ces procédés on abaisse la température de l'animal au point d'en faire en quelque sorte un animal à sang froid.

Puisqu'il est reconnu que les tissus et tous les organes, foie, rate, glandes, muscles, centres nerveux, participent à la formation de la chaleur chez les animaux, il faut en approfondir le mécanisme chimique.

Lavoisier et ses successeurs calculaient la chaleur produite par un animal en admettant que les phénomènes d'oxydation sont l'unique source de la chaleur. Or il se produit chez les êtres vivants bien d'autres réactions chimiques, qui peuvent être une source considérable de chaleur.

Pour calculer la chaleur dégagée par un animal dans un temps donné, il faudrait donc envisager l'ensemble de toutes les modifications chimiques et physiques accomplies, ce qui ne serait possible qu'en tenant compte de l'état réel de tous les corps introduits et de tous les corps rejetés pendant cette période.

On sait que toute réaction chimique absorbe ou dégage de la chaleur ; dans le premier cas la combinaison est dite endothermique ; dans le second cas, exothermique.

Réciproquement la décomposition d'un corps endothermique se fera avec dégagement de chaleur, et celle d'un composé exothermique avec absorption.

Dans l'organisme animal il y a des phénomènes de décomposition, qui s'opèrent par oxydation, dédoublement ou hydratation, et des phénomènes de synthèse.

Lavoisier avait établi la réalité des phénomènes d'oxydation dans une expérience demeurée célèbre : sous une cloche remplie d'air et renversée sur la cuve à mercure, il plaçait des cobayes et, après leur mort, constatait que leur respiration avait consommé une partie de l'oxygène, et qu'à cet oxygène disparu s'était substitué un volume sensiblement égal d'acide carbonique.

Pendant longtemps tous les phénomènes chimiques de la vie animale furent rapportés à des oxydations ; on sait aujourd'hui que l'étude des produits de la respiration n'em-

brasse qu'un côté des phénomènes ; toutefois la réalité de ces combustions est mise hors de doute par des faits nombreux. Par exemple, un grand nombre de substances introduites dans le sang par le tube digestif subissent une oxydation ; les sels à acides végétaux, malique, citrique, tartrique, sont éliminés à l'état de carbonates. Ce sont d'ailleurs des oxydations indirectes, faites, non aux dépens de l'oxygène libre, mais aux dépens de l'oxygène déjà combiné à l'hémoglobine des globules ; mais comme cette fixation de l'oxygène sur les globules s'est produite dans l'organisme, la chaleur dégagée par ces oxydations reste en définitive la même que si l'oxygène était libre, au lieu d'être combiné.

Cette chaleur est donc représentée : d'abord par le calorique dégagé lors du contact du sang avec l'air, ensuite par la chaleur développée dans l'intimité des tissus, lorsque les oxydations se produisent au contact du liquide sanguin.

Cette chaleur, dégagée dans les poumons, n'en surélève pas la température, attendu qu'elle est compensée sur place par la chaleur absorbée au moment où l'acide carbonique se dégage sous un volume gazeux à peu près égal à celui de l'oxygène absorbé, et par l'évaporation de l'eau, si active à la surface de l'épithélium pulmonaire.

C'est à *M. Berthelot* que l'on doit la plus grande somme de nos connaissances sur le chimisme de la chaleur animale. Il a, le premier, montré qu'une quantité notable de chaleur peut prendre naissance dans un être vivant aux dépens des aliments et par hydratation, indépendamment de toute espèce d'oxydation.

Le phénomène peut se produire sans qu'il y ait ni oxygène absorbé, ni acide carbonique produit.

La digestion de la plupart des hydrates de carbone a pour condition préalable une hydratation, et la chaleur dégagée par l'hydratation de la cellulose, digestible pour les ruminants, s'élève à 149 calories.

Un grand nombre de ces réactions s'accomplissent dans l'organisme d'après le mode des fermentations.

Ainsi, c'est par le ferment soluble de la salive, la ptya-

line, et le ferment diastatique du suc pancréatique que l'amidon et la dextrine sont transformés avec dégagement de chaleur en maltose et en glucose, par suite d'une fixation d'eau.

L'invertine ou invertase, très répandue dans le tube digestif des animaux, préside à l'hydratation des corps du groupe saccharose, qui sont ainsi dédoublés en glucose et en fructose.

Enfin, c'est au ferment diastatique ou amylase du foie qu'est due la transformation du glycogène en glucose, phénomène d'hydratation et par conséquent produit avec dégagement de chaleur.

Productrice de chaleur serait aussi la transformation du sucre en alcool et acide carbonique, qui avait été prévue dans la cellule vivante par Claude Bernard, de même que *Buchner* a révélé la présence de cette diastase dans le globule de la levure.

On connaît d'autre part la transformation que le ferment pepsine fait subir aux albuminoïdes ; il n'est pas douteux que les phénomènes d'hydratation qui l'accompagnent jouent dans la thermogenèse un rôle important.

Il en est de même de la saponification des graisses par le ferment soluble, la lipase, découvert dans le sang par M. Hanriot. Or les graisses, étant surtout produites aux dépens des aliments amylacés avec dégagement d'acide carbonique et sans accession d'oxygène, constituent un des exemples les plus remarquables des dédoublements fermentatifs anaërobies qui se passent chez l'être vivant.

Il en est de même de la destruction de la glycose dans le sang et dans les muscles pendant le travail musculaire, avec production de chaleur et dégagement d'une quantité d'acide carbonique très supérieure au volume d'oxygène consommé dans le même temps. La vie intime, anaërobie, des cellules de nos tissus, autre source de la chaleur animale, doit donc faire envisager les oxydations intraorganiques sous un deuxième aspect. A côté de l'oxydation pure et simple de Lavoisier s'effectuerait un processus autre-

ment compliqué, dans lequel ce n'est plus l'oxygène des globules rouges qui sert seul aux oxydations, mais l'oxygène excité, mis en liberté par les fermentations internes.

S'il semble bien démontré aujourd'hui que la digestion des albuminoïdes avec transformation en peptone est un phénomène d'hydratation et se fait par conséquent avec dégagement de chaleur, cette réaction est immédiatement compensée par une réaction inverse de déshydratation, qui s'accomplit pendant le passage des peptones à travers la muqueuse intestinale.

M. Berthelot est revenu récemment sur le partage de la production de la chaleur animale entre le poumon et les tissus. Il a mesuré la chaleur dégagée quand l'oxygène se fixe dans le sang et avant qu'il ait eu le temps de produire de l'acide carbonique ; il a trouvé 14 calories 8, nombre qui représente la chaleur dégagée dans cette réaction de l'oxygène sur le sang, telle qu'on peut l'admettre accomplie au sein du poumon. Ce chiffre est environ la 7ᵉ partie de la quantité de calories (97 calories 65) que représente la chaleur d'oxydation du carbone par le même poids d'oxygène.

La chaleur animale peut être par conséquent décomposée en 2 parties : un 7ᵉ se dégagerait dans le poumon même, par la fixation de l'oxygène ; les six autres septièmes se développeraient au sein de l'économie par les réactions proprement dites d'oxydation et d'hydratation.

L'urée offre aussi, au point de vue de la chaleur animale, un grand intérêt, car elle est après l'acide carbonique la principale forme sous laquelle le carbone est éliminé au dehors de l'économie ; et pour l'azote, c'est la forme fondamentale d'élimination.

La quantité de chaleur à laquelle répond la formation de l'urée au sein des tissus, dépend à la fois de la chaleur de formation de l'urée et de celle des principes qui l'engendrent.

D'après M. Berthelot la production de l'urée répondrait au développement de 2 à 3 centièmes de la chaleur animale dans le corps humain.

Nous voyons donc que les réactions chimiques importantes pour l'organisme, en ce qui concerne la production de chaleur, sont les oxydations, les hydratations, auxquelles il faudrait ajouter les combinaisons des acides avec les bases, les décompositions de quelques composés endothermiques. La thermochimie pourrait nous indiquer exactement la quantité de chaleur produite dans les cellules, dans les organes et dans l'organisme total, si nous connaissions exactement le bilan des échanges nutritifs de chacune de ces parties.

En effet, la quantité de chaleur qui se produit en un temps donné dans l'organisme est égale à la quantité de chaleur qui est produite pendant ce temps par les transformations chimiques, moins la quantité de chaleur qui est employée pour exécuter du travail extérieur, ou, si le corps est au repos, moins les chaleurs de combustion des produits d'élimination.

Se basant sur ces données, les physiologistes ont fait une évaluation théorique pour un animal soumis à la ration d'entretien. Étant donné une alimentation composée de 120 grammes d'albumine, 90 grammes de graisse, 330 grammes d'hydrates de carbone, dont les chaleurs de combustion sont 5 calories pour 1 gramme d'albumine, 4 pour 1 gramme d'hydrate de carbone, 9 pour 1 gramme de graisse, l'organisme reçoit donc une quantité de chaleur équivalente aux totaux de ces diverses calories, soit 2.730 calories.

D'autre part, la quantité d'urée correspondant à l'albumine ingérée étant de 40 grammes, dont la chaleur de combustion est 2 *calories* 5, il en résulte que la chaleur totale dégagée dans l'organisme est 2.730 — 40 × 2,5 ou 2.630 calories.

Mais la température d'un animal est fonction de trois variables : *sa combustion, son tégument protecteur*, enfin *l'état plus ou moins élevé de la température du milieu ambiant.* Si la première engendre le calorique, des deux autres doit dépendre la conservation de sa chaleur.

Dans le but de déterminer la quantité de chaleur perdue par un animal, on a construit des calorimètres. Ainsi à côté de la *thermométrie* s'est développée la *calorimétrie*, qui est d'une précision bien moins grande. Tous les calorimètres reposent sur cette condition fondamentale d'entourer l'animal en observation d'un milieu clos renfermant de l'air ou des liquides et de déterminer la dilatation variable que subit ce milieu sous l'influence de la chaleur dégagée par cet animal. Si l'on remplace celui-ci par une source de chaleur exactement connue, on peut graduer empiriquement le calorimètre et obtenir ainsi une valeur approximative en calories, indiquant la quantité de chaleur perdue par l'animal en observation, à la condition, difficile à remplir, de tenir compte des échanges nutritifs, et de la température de l'organisme avant et après l'expérience.

Nous retrouvons encore ici le nom de Lavoisier, qui a vu en somme tout ce qu'il y a d'essentiel dans cette question de la chaleur animale. Par l'expérience suivante, il donne la preuve rigoureuse de la fonction chimique qu'est la vie.

Lavoisier et *Laplace* mettent un cobaye dans une enceinte entourée de glace. Connaissant la chaleur de fusion de celle-ci et la quantité de glace fondue, ils en déduisent la quantité de chaleur dégagée par l'animal. Ils évaluent en même temps la quantité d'acide carbonique produit, et, la comparant à la chaleur dégagée, ils trouvent une compensation presque absolue $\left(\frac{326.75}{341.08} \doteq 0.96.\right)$

L'une des conditions qui diminuent le dégagement de chaleur, c'est la taille de l'animal. Les petits animaux dégagent beaucoup plus de calories que les grands.

Quant à la fourrure, on observe dans la nature une sorte d'équilibre entre la température propre de l'animal et la force protectrice de son tégument. Plus la température est élevée chez un animal, plus son enveloppe est protectrice.

La température extérieure exerce une influence importante sur la quantité de chaleur dégagée ; toutefois il n'y a pas conformité à la loi de Newton, d'après laquelle plus la température d'un animal dépasse celle du milieu ambiant,

plus il doit dégager de calorique. *M. d'Arsonval* a montré que les animaux semblent dégager moins de chaleur à o qu'à 10° de température atmosphérique. C'est qu'on ne saurait comparer l'animal à un corps inerte, lequel rayonne d'autant plus de chaleur que la température extérieure est plus basse. *Chez les animaux à température constante intervient, en effet, un régulérateur puissant de leur température ; ce régulérateur est le système nerveux.*

On sait comment est née en physiologie la question de l'influence du système nerveux sur la chaleur animale ; elle est sortie de la remarquable expérience de Claude Bernard sur le sympathique cervical. Déjà auparavant, son attention avait été attirée par une observation faite à l'hôpital : il s'agissait d'un malade paralysé qui présentait de l'élévation de température. Rapprochant ce fait des observations de paralytiques offrant, au contraire, de l'hypothermie, il se dit que ce ne devait pas être le même système nerveux qui subissait l'altération dans l'un et l'autre cas, et il porta dès lors son attention sur le système nerveux sympathique. « Je fis, dit-il, la section du cordon nerveux sympathique dans la région moyenne du cou d'un lapin. Aussitôt je constatai un échauffement considérable dans le côté de la tête correspondant à la section, aussi bien à la superficie que dans la profondeur, et jusque dans la substance cérébrale. »

Bientôt il fut remarqué que cette influence n'est pas directe, mais s'exerce par l'intermédiaire de la circulation. On sait que le sympathique excité agit comme vaso-moteur ; il abaisse la température des régions dans lesquelles il répand ses ramifications qui accompagnent les vaisseaux, et depuis qu'on a transporté au grand sympathique le système des nerfs dilatateurs, on comprend de la même façon qu'il peut avoir une action antagoniste de la première et produire une hyperthermie.

Mais pour Claude Bernard, le sympathique avait sur les tissus une influence frénatrice, en vertu de laquelle il peut éteindre les sources de la chaleur et produire l'hypother-

mie. Il se fondait pour cela sur son expérience de la corde du tympan. Ayant placé symétriquement dans les deux glandes sous-maxillaires deux aiguilles thermo-électriques, il excitait alternativement le sympathique et la corde du tympan du même côté, c'est-à-dire les deux nerfs se rendant à l'une des glandes ; il constatait dans le premier cas un abaissement et dans le second une élévation de température de l'organe. Pour prouver alors que ces phénomènes pouvaient se produire indépendamment des modifications circulatoires provoquées par l'excitation nerveuse, Claude Bernard liait les vaisseaux des glandes et constatait encore la double modification thermique. L'élévation de la température de la glande est assimilable à celle d'un muscle dont on excite le nerf, la corde étant comparable à un nerf moteur ; l'abaissement thermique, résultant de l'excitation du sympathique, représente précisément le phénomène nouveau qui donnait à son expérience première sur ce nerf sa signification la plus vraie sur le rôle du sympathique à l'égard des phénomènes intimes de la nutrition.

Cette expérience de Claude Bernard nous montre dans le système nerveux une influence double sur la chaleur animale : régulatrice par les vaisseaux et directement productrice. Si l'on veut étudier ce dernier rôle, il faut se rappeler qu'il y a deux façons pour un organisme d'élever sa température : en diminuant la chaleur perdue ou en augmentant la chaleur produite. La fièvre, par exemple, est-elle due à une production exagérée de chaleur, ou à une déperdition diminuée ?

Nous voyons déjà combien est complexe l'action du système nerveux sur la chaleur animale. Il faut d'abord connaître le rôle qu'il joue, abstraction faite de l'état du système musculaire. Or il semble avoir par lui-même une influence marquée sur la température. La cocaïne donnée à un animal fait monter sa température, le mercure l'abaisse ; des injections de certaines substances, la spermine, l'eau physiologique, l'eau ordinaire même, peuvent faire monter de quelques dixièmes de degré la température d'un animal.

Si l'on injecte de l'eau contenant en suspension quelques grains de carmin, la température montera davantage ; dire avec *M. Pillou* (de Nancy) que ce sont les leucocytes, attirés par le carmin, qui secrètent des substances pyrétogènes, c'est se payer de mots ; en réalité les expériences physiologiques ne nous ont rien appris de positif sur le rôle du système nerveux comme producteur direct de la chaleur chez les animaux. Lorsque nous voyons, par exemple, une section de la moelle épinière amener chez le lapin en 3 heures un abaissement de sa température de 39 à 30°, il nous est impossible de dire s'il s'agit d'une perte plus grande par suite d'une dilatation des vaso-moteurs périphériques, ou d'une production calorique moindre par manque de l'influx nerveux, ou même simplement par suite de la paralysie des muscles du tronc et des membres inférieurs.

L'influence des excitations cérébrales sur la production de la chaleur est non moins intéressante, et pas davantage expliquée. Dans le cas du chirurgien *Brodie,* un individu s'étant fait une plaie de la moelle cervicale, tous les muscles du tronc et des membres étaient paralysés, sauf le diaphragme ; la température monta deux jours après l'accident à 44°. En faisant la part de l'infection, on voit que cette hyperthermie se rapproche comme intensité de celle qu'on remarque dans les maladies à détermination médullaire, le tétanos par exemple. Expérimentalement, il est facile de reproduire ces températures surélevées. L'écrasement de la moelle cervicale chez le chien produit toujours un résultat rapide dans ce sens. Dans l'expérience célèbre d'*Arohnson* et *Sachs,* qui enfonçaient un stylet dans le cerveau antérieur d'un lapin, la température s'élève de 2° en moins d'une heure, et les mesures calorimétriques montrent que c'est bien d'une production exagérée de chaleur qu'il s'agit, en même temps que l'on constate une augmentation des échanges respiratoires.

Donc une augmentation de l'activité chimique des tissus peut naître d'une excitation des centres nerveux ; en un

mot, on peut expérimentalement, sans intervention d'un agent infectieux, et par le fait seul d'un traumatisme nerveux, reproduire la fièvre. Aussi a-t-on l'habitude de décrire deux sortes de fièvres : la fièvre infectieuse et la fièvre nerveuse. C'est une question très intéressante, car elle est sur le seuil de la physiologie et de la pathologie.

Des faits nombreux ont été cités de fièvre développée chez les animaux sains.

Les uns ont été reconnus erronés ou du moins mal interprêtés, par exemple l'élévation thermique chez certains poïkilothermes. *Valenciennes* et *Forbes* avaient rapporté que la température du python qui couve ses œufs est supérieure de plusieurs degrés à la température atmosphérique ; des différences de 18° avaient été observées et attribuées au tonus de la musculature puissante des anneaux de l'animal. On a reconnu depuis que cette température si élevée n'était pas due à autre chose qu'à l'échauffement de l'air sous les couvertures de laine du python, et du gravier du fond de sa cage, qui reposait elle-même sur les tubes d'un calorifère à eau. D'autres faits sont réels : nous citerons l'élévation thermique observée chez des chevaux que l'on faisait courir, et les observations de *Hiller* faites sur des soldats en tenue de campagne et soumis à des marches forcées. Les températures prises dans le rectum accusaient des élévations d'un degré et un degré et demi [1].

Si l'on joint à l'action intime sur les cellules celle que le système nerveux exerce sur les glandes et les muscles, et sur les vaisseaux par ses vaso-moteurs, on peut se faire une idée de son rôle puissant dans la chaleur animale et se convaincre que son rôle producteur se confond en partie avec ses fonctions régulatrices, et que celles-ci ne peuvent être séparées de celui-là.

---

1 Tout surprenants que soient ces faits, il faut se rappeler, d'une part, que plus le corps est couvert, plus il se rapproche des conditions d'un animal mis dans une étuve ; or, on sait que, dans ces circonstances, la température interne de l'animal s'élève ; d'autre part, ce qui nous choque dans l'observation de Hiller, c'est le terme de *fièvre* appliqué à des gens bien portants. Il faut dire seulement élévation de la température.

En coupant la moelle, en détruisant le cerveau, en donnant un anesthésique, on abaisse la température, aussi bien parce qu'on détruit les centres thermogènes que parce qu'en supprimant l'excitation nerveuse, on amène une diminution des échanges chimiques et qu'on amoindrit la radiation calorique externe.

Au contraire, piquer superficiellement le cerveau, électriser un animal, donner des poisons bulbaires, c'est toujours exciter le système nerveux, c'est-à-dire augmenter les échanges, et par cela même faire monter la température.

Voyons maintenant quelles occasions le système nerveux a d'exercer son rôle de régulateur. Elles sont nombreuses. C'est d'abord la lutte de l'organisme contre le refroidissement. Or, contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'organisme ne résiste pas au froid en diminuant ses pertes périphériques ; il perd au contraire beaucoup plus de chaleur aux basses températures qu'aux températures modérées. Énorme est la puissance thermogène capable de réparer immédiatement les pertes de chaleur subies par l'exposition à la violente action du froid d'un corps vigoureux et exercé aux basses températures. On lit avec étonnement dans le récit du voyage de *Nansen* que les marins du Fram sortaient sans autre vêtement que leur chemise pour relever des températures de plus de 40° au-dessous de 0.

C'est le froid lui-même qui, en agissant sur les terminaisons nerveuses de la peau, excite et entretient par voie réflexe la résistance thermogénétique. Dès que cesse cette excitation, par exemple quand on s'habille en sortant du bain, on constate un rapide abaissement de la température centrale.

Le phénomène du frisson est du même ordre ; c'est un procédé de régulation thermique qui produit de la chaleur par la contraction généralisée des muscles, et qui entre en jeu soit par refroidissement de la périphérie cutanée (frisson réflexe), soit par le refroidissement des centres nerveux (frisson central).

Le frisson est un phénomène normal chez les petits

chiens maigres à poil ras. Ils tremblent continuellement pour se réchauffer, tandis que les gros chiens à fourrure épaisse sont presque toujours haletants et polypnéiques pour se refroidir. L'animal est donc capable en quelque sorte de faire à volonté du froid et du chaud. Il y a pour lui deux manières de se refroidir : le simple rayonnement périphérique quand la température extérieure est inférieure à la sienne, et, si au contraire elle lui est supérieure, l'évaporation d'eau par la peau ou par les poumons ; cela nous explique pourquoi une étuve sèche à 100° est sans danger pour notre organisme, tandis qu'une étuve humide ou un simple bain à 45° est insupportable, et pourquoi plus un pays chaud est humide, moins il est habitable.

On a calculé que l'évaporation pulmonaire totale représente à peu près 15 p. o/o de la chaleur produite. Cette exhalation d'eau est, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnelle à l'activité respiratoire.

Un des meilleurs exemples qu'on puisse donner de l'harmonie et de la synergie de la respiration, de la chaleur animale et de la contraction musculaire, est fourni par l'expérience suivante.

On inscrit avec un pneumographe sa propre respiration ; on constate un tracé parfaitement régulier tant que l'on garde le repos et l'immobilité. Mais que l'on vienne à faire un effort musculaire, si léger soit-il, par exemple à parler, aussitôt le rythme respiratoire s'accélère, ou plutôt les inspirations deviennent inconsciemment plus amples, de sorte que la circulation de l'air dans les poumons augmente notablement. Or si l'on mesure les quantités d'air inspiré, on trouve une relation très étroite entre les efforts exécutés et les volumes d'air inspiré.

En effet, quand trop de chaleur et, partant, plus d'acide carbonique se trouvent formés, l'équilibre se rétablit grâce au système nerveux, car le bulbe excité par l'acide carbonique accélère les mouvements respiratoires, d'où refroidissement par exhalation d'eau.

Les travaux de *Mühlmann*, *Lewaschew* n'ont pas

éclairci la cause des oscillations diurnes de la température de l'homme. Il est probable que c'est un phénomène lié à la réunion de plusieurs facteurs : actions climatériques, température extérieure, état hygroscopique de l'atmosphère, pression barométrique. Ce que l'on sait, c'est que l'alimentation n'a pas d'influence, comme le prouvent les observations faites par *Luciani* sur le jeûneur Succi.

Likhatscheff est arrivé aux conclusions suivantes : les courbes journalières de la température, de la formation de la chaleur, de la répartition de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau, de l'absorption d'oxygène présentent des variations régulières, s'abaissant la nuit, s'élevant le jour. Les écarts peuvent être de moitié ; la cause principale serait pour lui le sommeil.

L'organisme offre donc des oscillations périodiques dans ses nombreux foyers de chaleur ; celle-ci se communique en quantité variable aux éléments voisins ; c'est avant tout le sang traversant ces organes qui se charge de la chaleur et qui la conduit, comme l'eau d'un calorifère, partout dans l'organisme, de manière à amener une température interne relativement uniforme par suite de l'équilibre qui s'établit entre la quantité de chaleur produite et la quantité de chaleur éliminée.

Parmi ces foyers de chaleur, l'organe dont le tissu semble en développer le plus, c'est le foie. *Cavazzani* introduit des thermomètres divisés en centièmes dans le tissu hépatique et trouve toujours plusieurs dixièmes de degré de plus que dans le sang artériel ; cette température du foie s'élève encore si l'on vient à exciter les nerfs vagues et le plexus cœliaque. Des communications existeraient d'après *Raphaël Dubois* entre le foie et les circonvolutions cérébrales par l'intermédiaire du sympathique et de l'axe gris. La destruction des ganglions semi-lunaires abaisse la température ; la destruction des couches corticales des hémisphères chez la marmotte en état de torpeur hibernale empêche son réchauffement, malgré des excitations centripètes diverses. Privée ainsi de la substance grise de ses

hémisphères, la marmotte éveillée oublie en quelque sorte de se réchauffer, subit les températures du dehors à la façon d'un animal à sang froid, comme si dans les circonvolutions cérébrales il y avait des parties nécessaires à l'automatisme de la calorification, de même qu'il y a des centres assurant l'automatisme de la respiration et de la circulation.

A la fin de cette revue, forcément incomplète, nous voyons qu'on peut conclure que le siège des mutations de la matière et par conséquent celui de la production de chaleur résident dans les éléments anatomiques des tissus. Chacune des cellules de notre organisme vit d'une vie propre, assimile et désassimile pour son compte, et produit nécessairement de la chaleur.

L'organisme en règle la production par l'intermédiaire du système nerveux, et le courant circulatoire la répartit et l'égalise.

Mais dans ce schéma, bien des points particuliers sont encore obscurs : y a-t-il d'autres ferments que ceux que nous avons signalés, d'autres oxydases comme *M. Portier* a cru pouvoir en découvrir dans les leucocytes à la suite des travaux de *M. Bertrand ?* Il faudrait reprendre aussi la question de la fièvre nerveuse telle qu'on peut la reproduire expérimentalement, et telle qu'elle se présente dans certaines névropathies ou à la suite de traumatismes nerveux. On voit donc qu'il reste encore un vaste champ d'études à explorer.



SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

(Session de mai 1898.)

Pathologie de l'amygdale linguale

M. E. Escat (de Toulouse), rapporteur. — L'amygdale linguale ou quatrième amygdale, constituée par les follicules clos qui recouvrent la base de la langue, s'étend d'avant en arrière, de la ligne des papilles caliciformes aux fossettes glosso-épiglottiques, et de droite à gauche d'une amygdale palatine à l'autre. Bien développée chez l'enfant, cette amygdale s'atrophie à la puberté à tel point que chez l'adulte, à l'état normal, il ne reste plus que quelques follicules très discrets, quelquefois si rares et si petits que l'amygdale est presque complètement atrophiée. L'analogie anatomique et physiologique de cet organe avec les amygdales palatines et l'amygdale pharyngée se poursuit en pathologie.

On peut observer sur la quatrième amygdale les affections suivantes :

1° *L'amygdalite catarrhale*, isolée ou liée à une angine diffuse.

2° *L'amygdalite phlegmoneuse*, se présentant sous deux formes anatomo-pathologiques ; a) l'amygdaline folliculaire suppurée (suppuration des follicules propres à l'amygdale); b) la péryamygdalite phlegmoneuse (suppuration du fascia linguæ sur lequel repose la 4e amygdale). Le tableau clinique dans les deux cas difficiles encore à différencier est constitué par les signes suivants : fièvre vive et troubles généraux, dysphagie intense, douleur violente répondant extérieurement à la grande corne de l'os hyoïde, troubles respiratoires pouvant aller jusqu'à l'œdème de la glotte, troubles phonétiques, rhinolalie ouverte et anarthrie par immobilisation de la base de la langue, adénopathie dans quelques cas.

L'examen avec le miroir laryngien permet seul le diagnostic. L'affection ne sera pas confondue avec la glossite basique intramusculaire, les phlegmons du plancher buccal (angine de Ludwig), le phlegmon de la loge thyro-glosso-épiglottique, le phlegmon pharyngo-laryngé, l'adéno-phlegmon sous-maxillaire, enfin avec les angines épiglottiques.

3° *L'hypertrophie ou amygdalite linguale chronique*, la lésion la plus commune et la plus connue, s'observe chez l'adulte avec une égale fréquence dans les deux sexes.

L'étiologie et l'anatomie pathologique se confondent avec celles des autres amygdales.

L'hypertrophie revêt trois aspects : disséminée, massive et en nappe. Cliniquement elle se présente sous trois formes :

a) Latente, ne se manifestant par aucun trouble :

b) Normale, se traduisant par les signes suivants : sensation de corps étrangers, boule, fil, arête dans la gorge, localisée sur la grande corne de l'os hyoïde, ténesme pharyngé, besoin incessant de déglutir à vide, toux réflexe petite, sèche, quinteuse, opiniâtre, état nauséeux, hemmage, troubles de la phonation chez les chanteurs, enrouement ou altération du registre de la tête, quelquefois hémorragies.

c) Fruste, révélée par la seule manifestation de troubles nerveux réflexes chez les sujets prédisposés, hystériques latents et neurasthéniques. Ces troubles réflexes sont : les névralgies à distance, l'asthme, l'ictus laryngé, l'œsophagisme, les crises syncopales, les tics convulsifs. Ces troubles disparaissent souvent par le traitement de la lésion locale.

4° *L'atrophie* est physiologique chez l'adulte et ne saurait être considérée comme un stigmate rétrospectif de syphilis, contrairement à ce qui a été soutenu.

5° *L'amygdalite lacunaire*, analogue à la lésion semblable des amygdales palatines, s'observe quelquefois.

6° *Les varices de la base de la langue* peuvent donner lieu à des troubles subjectifs rappelant ceux de l'hypertrophie et des hémorragies simulant des hémoptysies tuberculeuses.

7° *Les névroses de la base de la langue.* — Sous ce titre doivent être rangées : la paresthésie *sine materia*, les paresthésies pharyngiennes d'origine réflexe, les névroses sensorielles de la gorge à la ménopause, enfin certaines formes de glossodynies localisées à la base de la langue.

Ces manifestations forment un groupe clinique encore très confus. La paresthésie et la glossodynie de la base isolées ou associées s'accompagnent souvent d'un état psychique spécial : obsession gutturale, cancrophobie, entraînant une dépression mentale pouvant aller jusqu'à l'hypocondrie et la mélancolie.

On distingue plusieurs variétés, suivant la cause :

(*a* Paresthésie réflexe liée à une affection locale éloignée de la base de la langue, telle que des végétations adénoïdes.

b) Paresthésie et glossodynie liées à la ménopause et disparaissant avec la crise physiologique.

c) Topoalgie neurasthénique ;

d) Hallucinations de la sensibilité générale et du sens gustatif dans les psychoses et chez les dégénérés héréditaires ;

e) Névrite du lingual, symptôme de paralysie générale, de tabès, d'alcoolisme, ou provoquée par des troubles vasculaires liés à la présence de varices dans les veines satellites du nerf lingual.

8° *Syphilis.* — Un cas très typique de chancre de l'amygdale linguale découvert par le miroir laryngien a été rapporté par Schiffers.

Les lésions secondaires sont très banales : elles entraînent une hypertrophie chronique. Avec Moure et Raulin on peut distingner l'amygdalite préépiglottique secondaire folliculaire et l'amygdalite préépiglottique secondaire folliculo-interstitielle. Ces lésions expliquent la dysphagie bien connue de la période secondaire.

Les gommes de l'amygdale linguale ne sont pas rares.

9° *La tuberculose* primitive de l'amygdale linguale est loin d'être aussi fréquente que la tuberculose secondaire à la phtisie laryngée, mais elle a été observée.

10° *Le lupus et la lèpre* ne s'observent qu'à titre de propagation.

11° *La mycose leptotrixique* a une prédilection spéciale pour la base de la langue.

12° *Les tumeurs bénignes* sont rares dans le territoire de l'amygdale linguale ; les moins rares sont le fibrome, le lipome et l'angiome : les plus rares sont le papillome, le chondrome et l'adénome.

13° *Les tumeurs malignes* primitives, sarcome et épithéliome, peuvent débuter par la base de la langue et y rester longtemps limitées.

14° *Les seuls kystes* observés à la base de la langue sont des kystes glandulaires, des kystes du canal de Bochdaleck et des formations accessoires du corps thyroïde formant de véritables goîtres intralinguaux.

Traitement. — L'amygdalite linguale catarrhale sera traitée par des gargarismes antiseptiques ou des pulvérisations à l'acide phénique, au thymol, au phénosalyl, à l'acide salicylique, au lysol, à la résorcine, au sublimé, au salol ; la dysphagie et la douleur seront combattues par les badigeonnages au menthol et par les pulvérisations à froid de cocaïne ou mieux d'holocaïne à 1/1000.

Le traitement général ne diffère pas de celui des amygdalites palatines.

L'amygdalite et la périamygdalite linguale phlegmoneuse seront traitées par les mêmes moyens et en outre par l'incision quand les troubles respiratoires menaçants ne permettront pas d'attendre l'ouverture spontanée.

L'hypertrophie chronique n'est justiciable que de deux traitements vraiment efficaces ; la réduction par le galvano-cautère et l'ablation par la pince au morcellement.

L'amygdalite lacunaire cèdera à la discision, et au besoin au morcellement.

Les paresthésies réflexes disparaîtront par le traitement de la

lésion provocatrice, par l'ablation de végétations adénoïdes, par exemple. Les paresthésies et glossodynies postérieures *sine materia*, symptomatiques d'un état névropathique, relèvent du traitement général ; l'aconitine cristallisée a donné quelques résultats. Comme médication locale, on pourra recourir aux pulvérisations analgésiques à la cocaïne ou à l'holocaïne.

Les varices de la base de la langue provoquant des phénomènes douloureux ou des hémorragies seront réduites par le galvano-cautère.

Le mycosis sera combattu par la solution officinale de perchlorure de fer en badigeonnages.

La tuberculose et le lupus seront traités par le curettage, le phénol sulfo-riciné, l'acide lactique et les insufflations d'orthoforme en cas de dysphagie.

Les tumeurs et les kystes qui ne pourront être enlevés par voie naturelle seront atteints facilement par la pharyngotomie transhyoïdienne de Vallas.

Conclusion. — L'amygdale linguale est susceptible des mêmes affections que les amygdales palatines et que l'amygdale pharyngée ; les méthodes de traitement dirigées contre ces dernières doivent lui être appliquées.

MALADIES DE L'AMYGDALE LINGUALE D'ORIGINE NON HYPERTROPHIQUE.

M. Lennox-Brown (de Londres). — Il se peut que l'amygdale linguale se développe d'aussi bonne heure que les amygdales palatine ou pharyngée ; mais il n'est pas exact qu'elle ait sa plus grande vitalité dans l'enfance et que son atrophie soit aussi précoce que celle des amygdales pharyngée ou palatine.

On peut le prouver anatomiquement et cliniquement. Non seulement les cas d'atrophie sont rares dans l'enfance, car on n'en connaît que deux, mais le grand intérêt réside en ce que l'hypertrophie, les poussées inflammatoires et les maladies primitives de la glande ne sont observées que chez l'adulte.

Au point de vue anatomique, on observe, dans les amygdales palatine et pharyngée, une tendance hâtive à la dégénérescence colloïde avec atrophie rapide, qui ne se voit pas dans l'amygdale linguale ; on trouve dans l'amygdale linguale une abondance de glandes muqueuses qu'on ne voit pas dans les amygdales pharyngées, rarement dans les palatines ; on ne trouve pas dans celles-ci l'épithélium à cils vibratiles qui tapisse les cryptes de l'amygdale linguale ; il y a une grande différence dans le plancher sur lequel repose l'amygdale linguale et les plans aponévrotiques et osseux sur lesquels s'appuient les amygdales palatines et pharyngées.

La connexion intime de l'amygdale linguale avec les muscles de la

langue explique l'immobilité de cet organe dans les inflammations de la glande. La distribution du nerf glosso-pharyngien occasionne une douleur vive dans les inflammations de l'amygdale linguale ; la distribution du laryngé supérieur détermine des réflexes laryngés.

Il y a, en outre, bien des différences importantes au point de vue pathologique. La principale est que l'amygdale linguale est rarement atteinte chez l'enfant et que son atrophie ne se voit que dans un âge plus avancé ; ses affections, en outre, ne s'étendent pas au voisinage comme celles de l'amygdale palatine ; elles sont rarement primitives.

(Indépendance médicale.)

Cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire

M. Luc (de Paris) donne lecture d'un travail basé sur une satistique de 20 cas de l'opération proposée par lui, l'an dernier, pour la *la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire.*

Il rappelle que l'opération en question consiste, une fois le malade chloroformé :

1° A ouvrir très largement le sinus, au niveau de la fosse canine ;

2° A en curetter très complètement la cavité, en s'aidant de l'éclairage électrique et au moyen de curettes diversement coudées, permettant de fouiller toutes les anfracuosités de l'antre, puis à en cautériser la surface avec une solution de chlorure de zinc à 1/5 ;

3° A pratiquer, au niveau de la partie la plus antérieure et inférieure de la paroi nasale du sinus, avec la gouge et le maillet, une sorte d'hyatus artificiel, correspondant à la partie antérieure du méat inférieur ;

4° Après insufflations de poudre d'iodoforme dans le sinus, à y placer soit un drain, soit une longue mèche de gaze iodoformée qui en tamponne la cavité et dont on loge l'extrémité à l'entrée de la narine, après l'avoir fait passer à travers l'hyatus artificiel ;

5° A suturer complètemenr la plaie buccale, le drainage ultérieur se faisant exclusivement par voie nasale.

Au bout de 4 ou 5 jours, la plaie buccale étant réunie, le drain ou la gaze sont enlevés. Quelques lavages boriqués peuvent être pratiqués, les jours suivants, à travers l'hyatus au moyen d'une petite sonde métallique courbée légèrement à son extrémité.

Au bout d'un laps de temps variant entre trois et huit semaines, toute trace de suppuration a disparu.

Sur les 20 opérés de M. Luc, 8 seulement étaient porteurs d'un empyème maxillaire simple ; chez 9, l'empyème maxillaire se compliquait d'empyème frontal ; chez 2, de suppuration des cellules ethmoïdales ; chez un malade enfin traité par M. Luc conjointement avec le Dr Lermoyez, la suppuration était entretenue par une ostéite

fongueuse et nécrosante du rebord alvéolaire du maxillaire, qui nécessita une seconde intervention avec résection de la partie osseuse malade.

Les complications entraînent, cela va sans dire, des opérations complémentaires. En cas d'empyème fronto-maxillaire, M. Luc conseille d'opérer les deux sinus dans la même séance, en commençant par le maxillaire, afin d'éviter la réinfection du sinus frontal fraîchement curetté par le pus particulièrement septique du sinus maxillaire non encore opéré, lors du passage du stylet destiné à l'installation du drain fronto-nasal, cette infection secondaire pouvant entraîner des accidents intra-crâniens, ainsi que l'auteur en observa un exemple.

Dans sa communication, M. Luc reconnaît la priorité du Dr Caldwell, de New-York, qui, en novembre 1893, publia la description sommaire d'une méthode opératoire analogue, dont il n'eut connaissanca que tout récemment.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance de démonstrations pratiques du 26 juin.

Une séance de démonstrations s'est tenue le dimanche 26 juin, dans la salle de dentisterie opératoire de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Touvet-Fanton a pratiqué devant nous le traitement rapide de la carie du troisième degré. Il a présenté deux malades auxquels il avait fait précédemment l'application de sa pâte arsenicale, et il a pu, dans la même séance, ouvrir la chambre pulpaire, extraire le nerf sans provoquer de douleur et obturer le canal, puis la dent. Ce procédé, que M. Touvet-Fanton avait déjà décrit autrefois, mérite d'être étudié, car il joint à l'avantage d'être rapide, celui d'être indolore.

En l'absence de M. Godon, M. Loup a pratiqué quelques extractions à l'aide de la cataphorèse ; ici les résultats n'ont pas été parfaits et M. Loup a formulé sur ce procédé quelques critiques. Tout d'abord, on aurait dû, pour réunir toutes les chances de succès, employer, avec cette méthode nouvelle, un anesthésique sûr, tel que la cocaïne, dont nous connaissons bien les excellents effets ; au lieu de cela, on avait garni les cupules de caoutchouc de l'appareil avec de petits tampons imbibés de menthol, et non seulement l'anesthésie n'a été que rarement obtenue, mais encore les vapeurs de menthol produisaient sur les yeux de l'opérateur un picotement tel que la netteté de la vue en était très diminuée.

Cette méthode est encore trop nouvelle pour qu'il soit permis de la juger ; il faut donc attendre de nouvelles expérimentations.

Le bromure d'éthyle, administré à quelques malades par le Dr Sauvez, a donné de bien meilleurs résultats.

Le bromure employé est absolument pur, il est conservé dans de petites ampoules fermées à la lampe, dont on casse la pointe au moment de pratiquer l'anesthésie. Le contenu de l'ampoule est versé sur une compresse placée au fond d'un masque que l'on applique sur le visage du patient. L'anesthésie est obtenue en moins d'une minute, sans période d'excitation; on juge qu'elle est suffisante lorsque le malade ne résiste plus aux mouvements que l'on imprime à sa tête et que les yeux sont convulsés en haut; elle dure un temps parfaitement suffisant pour permettre l'extraction de plusieurs dents.

Le réveil s'accomplit rapidement et sans malaise.

On voit que le bromure d'éthyle, mieux préparé, produit des effets bien différents de ceux qu'on observait au début de son emploi ; aussi sa place est-elle déjà marquée parmi les meilleurs anesthésiques employés en chirurgie dentaire.

M. Schwartz a présenté une petite pharmacie s'adaptant à la tablette du fauteuil d'opération; de cette façon le dentiste a sous la main la plupart des médicaments usuels.

Dr E. Maire.



REVUE DE L'ÉTRANGER

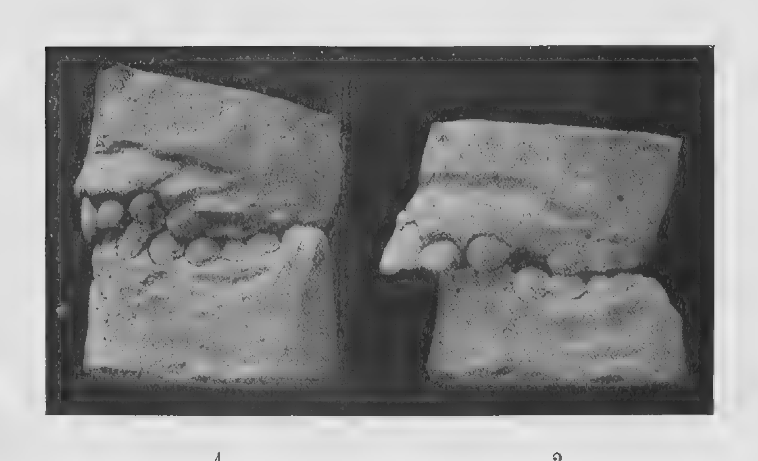
UN CAS DE PROGNATHISME DES INCISIVES SUPÉRIEURES ET LEUR REDRESSEMENT AU MOYEN DE L'APPAREIL D'ANGLE

Par M. L. Jeffery

Le prognathisme marqué des incisives supérieures produit une défiguration plus accentuée que toute autre irrégularité que nous corrigeons ; il en résulte une difformité dont le traitement soumet notre habileté aux plus rudes épreuves. Quel praticien qui s'est servi dans ces cas de la plaque et du fil de piano n'a pas vu sa plaque se séparer du palais, surtout quand la surface plane des dents postérieures n'offre pas de rétention suffisante à la plaque ? C'est pour cette raison que je me décidai à appliquer la méthode d'Angle dans le cas suivant.

Avant le commencement du traitement les incisives inférieures étaient à environ 1/4 de pouce derrière les supérieures; le maxillaire inférieur semblait normal quant à la forme et à la grosseur ; l'irrégu-

PLANCHE IV.



1 2



3 4

larité était limitée totalement au maxillaire supérieur. La figure représente la position des dents.

En faisant choix du traitement, je me laissai guider par cette considération que le sujet habitait fort loin et ne pouvait pas venir souvent chez moi; comme l'irrégularité était très marquée en outre, je craignais que les molaires et que les biscupides — si j'employais une plaque — ne s'inclinassent en avant, ce qui aurait réduit l'intervalle obtenu par l'extraction de la première biscupide.

Je décidai donc d'employer une pression partant de la nuque et j'adoptai l'appareil d'Angle n° 2, parce qu'il semblait le mieux convenir au cas présent. Cet appareil se compose d'une barre de traction fixée par de forts rubans élastiques à une coiffe recouvrant la nuque du patient. La pression ainsi obtenue est transmise par une cheville fixée au milieu de la barre de traction à un arc métallique qui repose sur les dents antérieures et débouche aux deux extrémités, dans des tubes fixés à des clamps adaptés aux molaires. Cet arc est maintenu en position pendant le jour par des anneaux de caoutchouc, qui sont retirés en arrière sur les tubes fixés aux molaires. Pour empêcher le glissement de l'arc, celui-ci porte deux agrafes en maillechort fixées aux incisives médianes par du ciment. La coiffe est portée la nuit et même le jour quand la patiente est chez elle. Lorsque l'appareil eut été porté deux mois, les incisives semblaient plus longues que précédemment, parce qu'elles avaient pris une position plus verticale; la partie antérieure de la bouche avait un aspect très aplati. Je plaçai sur les deux canines supérieures des agrafes, dont l'angle labio-distal portait un crochet servant de support à un anneau de caoutchouc qui fut tiré en arrière au-dessus des agrafes des molaires; les incisives étaient ainsi retirées en arrière plus rapidement. La coiffe avait été portée jusque-là de telle façon que les rubans élastiques se trouvaient de chaque côté des oreilles; je changeai alors cette position en fixant un ruban au-dessus de l'oreille et l'autre en avant presque en ligne verticale pour pousser les incisives en haut dans leurs alvéoles; il fallut alors porter la coiffe sur la partie supérieure de la tête au lieu de la nuque. Comme la pression se produisait alors plus directement vers le haut, il fallait une disposition empêchant le glissement de l'arc vers le haut, parce que la gencive pouvait être lésée facilement ainsi; je soudai donc à la face antérieure de l'arc un morceau de fil de fer, qui fut placé à la face incisive des incisives médianes; les empreintes représentées par la figure furent prises le 29 avril sans enlever les agrafes.

Je considérai alors comme nécessaire de diminuer notablement la force de traction de la barre de traction; je conseillai à la patiente de la porter la nuit pendant un an et fixai l'arc aux molaires par des ligatures au lieu de me servir d'un anneau en caoutchouc. Les agrafes

placées sur les molaires et les anneaux avaient déjà été enlevés. J'appris que l'irrégularité n'était nullement héréditaire, et le succès du traitement est jusqu'à présent si satisfaisant que je suis convaincu que le résultat sera très favorable au redressement.

Même s'il devenait nécessaire de porter l'appareil encore longtemps dans la bouche, cela n'aurait aucun inconvénient, car cet appareil est si petit qu'il ne cause aucune douleur et l'on ne peut pas en dire autant d'une plaque de support en caoutchouc. Il convient encore de tenir compte que le redressement dut être entrepris dans une période où l'appareil digestif de la patiente fut mis à une rude épreuve ; moins les fonctions des dents sont troublées pendant le redressement, mieux cela vaut pour le succès.

Le visage de la patiente s'est élargi à la suite du traitement et le nez s'est allongé.

(*Journal of the British dental Association.*)

ANATOMIE NORMALE DE LA DENT DE SAGESSE SUPÉRIEURE

Par le Dr H. Schmid, de Prague.

Les dents de sagesse supérieures diffèrent beaucoup de la normale en ce qui concerne la couronne et la racine. Néanmoins les couronnes présentent un caractère commun : elles sont toujours arrondies à l'arrière ; leur partie plate fait toujours face à la 2e molaire qui se trouve placée devant elle.

La portion radiculaire de ces dents est extrêmement variée. Souvent on trouve une racine unique, simple, conique ; souvent aussi elles présentent 3, 4 ou 5 racines. Bien entendu, dans ce cas, les racines sont plus délicates, plus petites, plus rondes et plus courtes que la racine unique.

Des racines petites, des couronnes à bords arrondis, constituent donc les traits caractéristiques des dents de sagesse supérieures. Parmi les molaires, les 3es sont toujours les plus petites et les plus basses, et ce trait est aussi bien marqué dans les dents de sagesse du haut que dans celles du bas.

La 3e molaire supérieure diffère fréquemment des autres molaires quant à la forme, déviation qui ne porte pas seulement sur la couronne, mais s'étend à toute la dent, de sorte que celle-ci représente un prototype de variabilité. A cet égard elle surpasse même l'incisive latérale supérieure. Ces variétés innombrables de forme rendent presque impossible la description de cette dent. Il faut donc se contenter d'une description générale des particularités rencontrées le plus fréquemment.

La dimension de la dent de sagesse varie entre celle d'une première molaire développée normalement et celle d'une petite cheville arrivant à peine au delà de la gencive. Dans le dernier cas, ne pas la confondre avec la dent de lait. Si la 3e molaire supérieure dépasse la 2e quant à la dimension, il y a presque toujours augmentation des pointes de la couronne ; on trouve alors de 6 à 8 cuspides groupées autour d'une ou deux situées au centre, les autres sur le bord de la couronne.

Cette dimension exagérée n'est cependant que fort rarement observée et, à cet égard, la question de nationalité et de race ne semble pas dépourvue d'influence.

Dans une seconde série de cas, la dent de sagesse supérieure a la même dimension que la 2e molaire et offre le même arrangement des cuspides.

Cette couronne de dimension et de forme normales présente une racine étonnamment petite, de sorte que la couronne en semble plus massive et plus monstrueuse. Très souvent, la dent de sagesse supérieure est plus petite que la 2e molaire ; mais, quant à la forme de la couronne, elle reproduit les formes de la 2e molaire. Si, par exemple, la face triturante a 4 cuspides, celles-ci sont en tous points semblables à celle de la 2e molaire, tout en étant plus petites. Toutefois, la cuspide disto-linguale de la dent de sagesse supérieure constitue une exception en ce sens qu'elle semble encore plus diminuée que les autres.

Suivant Zuckerhandl, cette forme de cuspide quadruple est rare dans la dent de sagesse supérieure ; il ne l'a rencontrée que dans 10, 2 o/o des cas parmi les Européens. Hors d'Europe, elle a été trouvée dans 29, 5 o/o des cas. Toutefois dans 18 ou 19 o/o des cas examinés, la dent de sagesse supérieure manquait.

La 3e forme que revêt la dent de sagesse supérieure est celle de la couronne à 3 cuspides. On la rencontre chez la plupart des individus : 71, 4 o/o chez les Européens ; 62, 3 o/o hors d'Europe (Zuckerhandl).

La forme originale de la couronne de cette dent, comme celle de la 2e molaire supérieure, avait 4 cuspides ; puis elle a été remplacée par celle à 3 cuspides, ce qui est le type de la dent de sagesse supérieure.

Si la 2e molaire supérieure a la forme à 3 cuspides, la dent de sagesse a la zone linguo-distale de sa couronne rétrécie en une circonférence plus petite. De même on voit une réduction du sillon disto-longitudinal et de sa proéminence latérale. Toutes deux sont plus faiblement développées ou seulement indiquées ou même font défaut. La couronne de la dent de sagesse supérieure présente des particularités spéciales.

La tendance à une formation développée des cuspides se rencontre chez toutes. En examinant avec soin, on aperçoit au bord disto-coronal une cuspide minuscule, qu'il faut considérer comme un reste déplacé de la cuspide buccale et linguale. Souvent ce reste disparaît. Cette cuspide peut paraître double quand le déplacement affecte ces deux éminences en même temps. On trouve beaucoup plus rarement une cupide minuscule à la proéminence du bord mésial.

Très souvent on rencontre sur la couronne de la dent de sagesse supérieure une petite gouttière. Parfois la surface triturante tout entière est recouverte de petites cuspides et de petits plis uniformément développés. Au milieu de la couronne se trouve une fossette dans laquelle convergent ces plis.

La limite de la couronne offre aussi des variétés considérables ; outre la forme rhomboïdale typique, on en trouve très fréquemment de rondes et d'ovales.

Dans la forme ovale, on remarque parfois sur l'éminence linguale une ou deux cuspides analogues à des pousses.

Enfin on la rencontre plus ou moins déplacée et comprimée.

La 2e molaire supérieure présente parfois un aspect semblable ; cependant la dent de sagesse a des variétés de forme encore plus grandes. On trouve cette forme dans la dent de sagesse supérieure beaucoup plus souvent que dans la 2e molaire supérieure. La dent de sagesse perd de plus en plus son caractère jusqu'à ce qu'elle se réduise à une minuscule cheville. Néanmoins, malgré cette grande réduction de forme, cette dent conserve présente une forme typique, parfaitement régulière.

Rarement on trouve, au lieu de la dent de sagesse supérieure, deux chevilles minuscules, de dimension égale, ou une dent plus grande, irrégulièrement formée par le côté d'une dent en cheville.

La dent de sagesse manque très souvent.

Si nous comparons les diverses races humaines, quant aux variations de forme de la dent de sagesse supérieure, nous constatons que ces variations sont plus fréquentes parmi les races d'un niveau supérieur de civilisation.

La grande variabilité de forme et de dimension de la dent de sagesse supérieure, le retard fréquent de son éruption, son absence répétée, ont amené Darwin à penser que cette dent tend à disparaître chez les peuples civilisés.

Ces variations de forme ne sont pas limitées à la couronne ; la 3e molaire supérieure occupe une place à part en raison de la formation de sa racine. Les racines en sont presque toujours, à divers degrés, plus courtes que celles des 2 molaires placées devant. Souvent elles sont très courbées et parfois entremêlées.

Ces croissances mélangées affectent quelquefois 2 racines, d'autres fois 3. Si les 3 racines sont totalement développées dans toute leur longueur, elles forment dans ce cas un cône brut.

La cimentation des racines résulte du manque d'espace, qui les empêche de se développer. La formation de la racine peut traverser toutes les phases depuis le développement purement rudimentaire à un nombre illimité de racines.

Dans ce dernier cas, on trouve 4, très rarement 5 racines. Tantôt une racine séparée, demeurant naine, se sépare de la racine buccale antérieure ; tantôt la racine linguale est fendue en 2 parties semblables, de longueur égale et parallèles.

Rarement ces branches divergent. Parfois cette division est indiquée seulement par un sillon longitudinal.

Il arrive donc que la dent de sagesse supérieure est d'ordinaire la plus petite des molaires supérieures et que, bien développée, elle présente des formes analogues à celles des 1re et 2e molaires.

Originairement portant 4 cuspides, elle ne conserve cette forme que dans 10, 2 o/o des cas. Dans 71, 4 o/o des cas, elle a 3 cuspides; dans 18 ou 19 o/o la dent de sagesse supérieure manque totalement. Très rarement, la 3e molaire supérieure dépasse la 2e en dimension.

La malformation naine se produit plus souvent dans la 3e molaire supérieure que la dimension normale ; alors la couronne est souvent rabougrie et la racine malformée.

Si les racines sont totalement cimentées, la racine simple est arrondie sans sillons. Dans ce cas, il peut arriver que les apex des racines divergent et, sous forme de 3 griffes, tombent dans le maxillaire. L'extraction d'une pareille dent est alors à peine possible sans fracture de l'alvéole.

En général, moins la couronne de la dent de sagesse supérieure est développée, plus la forme de la portion radiculaire est simple.

On rencontre aussi des formes rhomboïdales, ovales, elliptiques et irrégulières ; dans ce dernier cas, la dent a l'aspect ridé ou plissé.

La surface triturante de la 3e molaire supérieure est également variée. Le nombre des fissures varie de même Çà et là on trouve des dents de sagesse supérieures dépourvues de toute échancrure sur cette surface ; la racine forme alors une cheville conique unie.

La plupart du temps la dent de sagesse supérieure n'a qu'une cavité centrale avec des sillons en forme de rayons.

De toutes les dents, c'est la plus haute ; sa face triturante n'est pas de niveau avec les 1re et 2e molaires ; il en résulte une convexité vers le bas de la portion postérieure de la série supérieure, à laquelle correspond une concavité de la partie correspondante de la série inférieure.

La période d'éruption de la 3e molaire et par suite de la molaire

supérieure est très variable ; elle commence à la 17° et à la 24° année.

Sous le rapport physiologique, les dents de sagesse jouent un rôle très secondaire ; leur valeur triturante est très légère, et l'absence des 4 dents de sagesse n'a aucune influence sur la mastication. Elles prennent cependant une importance plus grande avec la perte de la 1re molaire, si cette perte survient lors de l'éruption de la 2e molaire. Quoique la 3e molaire n'occupe pas la place de la 1re quand elle est extraite, on peut considérer à certains points de vue qu'elle la remplace.

Les follicules de la 3e molaire se séparent de la 2e et ne font leur apparition que vers la fin de la 3e année. En tenant compte de ce qu'on voit sur le maxillaire supérieur à l'époque de la dentition, l'os sphénoïde forme le point central autour duquel se développent tous les autres os de la face.

De la 7e à la 21e année, l'apophyse ptérygoïde atteint le triple de sa longueur primitive. La 7e année il y a 6 millim. entre la face antérieure de cette apophyse et la 1re molaire permanente. La 2e molaire en cours de formation est dans la tubérosité maxillaire. Jusqu'à complet développement, cet espace est augmenté des 2/3 au moins. En même temps l'apophyse ptérygoïde s'allonge de plus en plus.

La tubérosité joue le même rôle au maxillaire supérieur que la base de l'apophyse coronoïde au maxillaire inférieur, car à partir de ce point la ligne alvéolaire s'allonge.

Dans la 12e année, l'espace entre l'apophyse ptérygoïde et la 1re molaire est assez grand pour laisser de la place à la 2e molaire. Dans la 20e année, cet espace permet à la 3e molaire de se loger.

Chez l'homme, la dent de sagesse apparaît seulement après l'ossification de la suture basilaire, laquelle se produit à 8 ans. Chez les mammifères elle apparaît avant la fermeture de cette suture ; il en est de même chez les nègres.

(*Ash and Sons' Quarterly Circular.*)

LA PERTE DE CONNAISSANCE PAR LE SOMMEIL HYPNOTIQUE

Par M. Cerqueira Magro, de Porto

(*Communication au congrès de Madrid.*)

Il n'existe certainement pas parmi vous un seul chirurgien-dentiste qui n'ait pas vu un patient *défaillir* avant, pendant ou après quelque opération très simple, malgré la commodité du fauteuil opératoire dans lequel il s'est assis.

On ne doit jamais dédaigner cet accident ; si en général il n'est

pas à craindre, quelquefois il peut devenir très sérieux dans ses conséquences.

Je crois pouvoir classifier comme il suit les différentes *pertes de connaissance* qu'on rencontre dans la clinique dentaire :

A. *Défaillance* ou simple perte de connaissance, comprenant la lipothymie et le vertige.

B. *Syncope* ou perte de connaissance syncopale.

C. *Hypnose* ou perte de connaissance par le sommeil hypnotique.

Je m'occuperai de cette dernière dans ma communication, si vous voulez bien me faire l'honneur d'écouter l'histoire de trois cas survenus involontairement dans ma clinique dentaire.

1° Le médecin assistant d'une dame nerveuse et timide lui donne le chloroforme pour que je puisse faire séance tenante l'extraction de plusieurs dents et chicots. Quelques minutes après mon opération, mon collègue me dit que la malade ne se réveillait pas. En l'observant je constate que la circulation et la respiration marchent très bien. Mon collègue s'efforce de lui faire reprendre connaissance par les moyens de la pratique usuelle, mais n'y réussit pas. Je m'en approche de nouveau et lui dis à haute voix : « Ouvrez les yeux ». Sur-le-champ elle lève les paupières, fixe ses yeux dans les miens, tout comme les *fascinés hypnotiques*. Je lui fais baisser et lever les paupières plusieurs fois, sur ma parole suggestive. En priant mon confrère de lui donner des ordres semblables, je vois qu'il n'est pas obéi. Elle se trouvait évidemment dans un *état hypnotique*, sous *mon influence involontaire*. Elle savait d'avance que j'avais l'habitude d'hypnotiser et elle connaissait quelques malades que j'avais soignés par ce système thérapeutique. Ensuite je la réveille par les procédés ordinaires de la pratique hypnotique.

2° Je nettoyais, un jour, dans mon cabinet, la cavité d'une dent cariée au quatrième degré. Ma cliente souffrait d'aphonisme hystérique. Au milieu de l'opération je la vois tomber en résolution musculaire complète, les yeux serrés et la tête penchée en avant. Son teint, sa respiration, son pouls n'ont pas d'altération. Je compris qu'elle se trouvait dans le *sommeil hypnotique*, parce que je savais qu'elle avait été hypnotisée plusieurs fois, pour soulager sa souffrance hystérique. Il est très curieux de savoir que je m'étais auparavant efforcé quatre fois de l'endormir sans réussite, tandis que cette fois elle tomba endormie indépendamment de sa volonté et de la mienne. Je profitai de ce sommeil pour finir mon travail et je lui ordonnai de parler clairement quand elle serait réveillée. Elle parla pendant cinq quarts d'heure, après être sortie de mon cabinet.

Il est à regretter que cette malade ne se maintienne pas en suggestion post-hypnotique au delà d'une heure, une heure et demie, suivant les occasions.

3° Je fais l'injection intra-muqueuse d'une petite quantité de solution de chlorhydrate de cocaïne, pour l'extraction de plusieurs chicots, à une demoiselle, mince et faible à première vue, âgée de 23 ans. J'enlève le premier chicot et la malade perd connaissance. Je constate que je me trouve en présence d'un cas de sommeil hypnotique semblable au précédent.

J'aurais très bien pu finir l'opération, mais comme sa famille s'inquiétait beaucoup et me demandait si ce n'était pas un effet de l'injection de la cocaïne, je résolus de la remettre à une autre séance.

A cette deuxième séance, après avoir donné à la famille des renseignements convenables, je fis le simulacre d'injecter de la solution cocaïnée. Quand j'enlevai la première racine, la malade tombe en sommeil comme elle l'avait fait précédemment. Je continuai l'opération et, quand je réveillai la patiente après avoir fini, elle déclara n'avoir rien remarqué et n'avoir pas souffert. Cette demoiselle ne me connaissait pas et ne savait pas que j'hypnotise fréquemment. Je suppose même qu'elle ignorait ce que c'est que l'hypnotisme. Il y a une grande différence entre cette forme de perte de connaissance et les autres.

Dans la *défaillance*, ou simple perte de connaissance, comprenant la lipothymie ou le vertige, la circulation ne s'altère que peu ou très peu et la respiration se fait toujours bien ; cependant le *facies* du malade devient tout autre. Sa douleur s'efface, les traits de sa physionomie s'altèrent et se perdent. Il faut s'abstenir d'opérer, parce que la *syncope* est très voisine.

A ce deuxième état, comme le cœur ne fonctionne plus et que la respiration va disparaître, *la perte de connaissance syncopale* est la *mort même,* la *mort temporaire* que nous avons devant nous, et qui deviendra définitive, si la réaction de notre malade et nos sages efforts ne suffisent pas à remettre en marche la machine qui s'est arrêtée.

Ces cas sont heureusement peu fréquents encore.

Dans *l'hypnotisme*, tout au contraire, aucune crainte de mort ne nous vient à l'esprit. La circulation et la respiration restent sensiblement normales, il n'y a pas de changement de couleur ; le visage, s'il arrive à s'altérer, prend un air calme et doux, celui d'une personne qui dort tranquillement. Très souvent les paupières frémissent et le front se ride d'une façon caractéristique.

Les faits que je vous signale sont de vrais événements cliniques, et je ne fais là que de la *clinique dentaire.* C'est pour cela que je vous entretiens d'hypnotisme. Ce n'est pas une curiosité banale, mais quelque chose qui vaut bien la peine d'être connu par les dentistes et qui est encore ignoré pratiquement de beaucoup de médecins qui font de la clinique générale.

Je suppose que ce qui m'est arrivé doit être arrivé aussi à beaucoup d'entre vous ; seulement la nature de l'accident a peut-être passé inaperçue pour vous.

Notre spécialité clinique nous place dans des conditions exceptionnellement favorables à ces phénomènes. Nos mains touchent journellement un grand nombre de malades, parmi lesquels beaucoup de femmes nerveuses, timides et hystériques. Quand celles-ci mettent le pied sur le seuil de notre habitation, leur esprit commence à s'ébranler, le bouton et le timbre de notre sonnette augmentent considérablement cette perturbation, et quand enfin elles vont s'asseoir sur notre terrible fauteuil, c'est à peine si elles se rappellent encore leur nom et la place où elles se trouvent.

Ces faits ne doivent pas nous causer une grande surprise, parce que, sous le rapport de la suggestion, nous connaissons tous fort bien ce qui arrive parfois à quelques-uns de nos patients souffrant depuis quelques heures ou quelques jours d'un violent mal de dents et qui nous avouent qu'il est passé instantanément au moment où ils sont entrés chez nous ou ont entendu un autre malheureux crier dans notre cabinet d'opérations.

J'estime qu'aucun chirurgien ne peut rencontrer plus fréquemment que le dentiste des cas de ce genre. Il faut simplement, pour les reconnaître et les classifier, faire un peu attention et avoir quelques renseignements scientifiques et pratiques sur ce sujet.

En terminant, je vous raconterai ce qui m'est arrivé le jour même où j'avais laissé à l'imprimerie l'original de la présente communication.

J'avais eu ce jour-là à ma consultation une jeune demoiselle de 14 ans, à qui j'avais fait une injection de cocaïne pour lui arracher une dent de six ans cariée et lui régulariser l'arcade supérieure.

Tandis que j'attends les minutes réglementaires, cette demoiselle perd connaissance. Je la place horizontalement, comptant sur une *défaillance*, comme cela lui était arrivé une autre fois, ainsi qu'à une de ses sœurs plus âgée.

Elle pâlit, mais elle était déjà un peu pâle avant le commencement de l'opération ; ses traits n'ont pas changé. « Ouvrez les yeux », lui dis-je.

Aussitôt elle me regarde quelques instants, pour laisser retomber ensuite ses paupières.

Je prie sa mère de lui dire la même chose ; mais celle-ci n'est pas obéie.

La circulation et la respiration vont très bien ; je me décide à faire l'extraction. Ensuite la malade tombe dans un état de sommeil hypnotique plus profond, d'où je la tire. Cependant, après avoir quitté le fauteuil, elle s'endort de nouveau, prétendant qu'*elle a encore* sommeil.

Une demi-heure après elle était dans son état normal.

Le lendemain Mme S... vient à ma consultation, se plaignant de ne pas avoir dormi, à cause d'une dent cariée. C'est une dent de sagesse inférieure, sans antagoniste, que je crois devoir arracher.

Après avoir opéré, comme d'habitude, je vois la malade incliner la tête en arrière, les yeux demi-ouverts, les paupières frémissantes et les globes convulsivement tournés en haut et en dedans, comme dans certains états pathologiques cérébraux.

Son mari s'inquiète, parce qu'il a vu des enfants dans un état semblable aux dernières heures de leur vie.

Je lui montre que ce n'est rien, que sa femme est hypnotisée. Je lève ses paupières avec mes doigts, c'est-à-dire sans la réveiller, je la fais parler, rire, pleurer, etc. Quand elle est réveillée, elle dit qu'elle ne se souvient pas de l'extraction ni de ce qu'elle a dit et fait.

J'ajouterai, à titre de curiosité, qu'ayant appris de son mari qu'elle mangeait très peu d'habitude et qu'elle ne le faisait jamais avec appétit, j'ai profité de l'occasion pour lui ordonner de dîner, ce jour-là, de très bon appétit et de manger trois morceaux de rôti.

M. S... me fit savoir, très surpris, qu'elle n'avait jamais mangé d'aussi bon cœur et qu'elle avait bel et bien pris trois fortes tranches de rôti.

Conclusions.

I

On distingue la *perte de connaissance* d'origine physiologique, c'est-à-dire directement dépendante d'une perturbation physiologique, et la *perte de connaissance* qui dépend directement d'un fait psychologique.

II

Il existe des signes nettement différenciels entre ces deux états.

III

Le dentiste doit s'abstenir d'opérer dans le premier cas et opérer dans le second.

(M. Cerqueira Magro a présenté ensuite aux congressistes une anomalie dentaire peu fréquente : une canine inférieure à racine bifide qu'il avait extraite lui-même à une vieille dame des environs de Porto).



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 17. — *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes produits par la vulcanisation?*

? N° 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte : plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs, et pour les conserver ainsi juqu'au moment de leur emploi?*

LI-GA-MAN.

? N° 46. — *Existe-t-il un ouvrage sur le traitement de l'*aluminium *et sur son application à l'*art dentaire ?

? N° 50. — *Le* protoxyde d'azote liquéfié, *contenu dans une bouteille en acier déjà entamée, s'altère-t-il? En cas d'affirmative, au bout de quel laps de temps?* Dr A. R.

? N° 51. — *Quel est le fabricant de l'*angle universel *pour machine à fraiser?* Dr G.

? N° 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur* Barbe *tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'*Aide-Mémoire *de* P. Dubois? *R. B.*

? N° 63. — *Obtiendra-t-on une réduction de prix sur le chemin de fer pour aller au congrès de* Lyon?

☞ *Réponse.* — Il paraît que non.

? N° 65. — *Connaît-on un procédé pour empêcher la dilatation des rondelles en caoutchouc pour succions ? Mes confrères ont-ils le même inconvénient que moi, qui suis obligé de les changer tous les deux mois ?* *E. B. de C.*

☞ *Réponse.* — On peut faire soi-même des rondelles en caoutchouc *mou*, mais le mieux est de ne pas employer les succions à valve, car elles ne donnent *jamais* de bons résultats et elles ont toujours de nombreux inconvénients.

M.

? N° 66. — *Un de mes patients, jeune homme de 21 ans, voit depuis deux ans ses gencives supérieures se couvrir constamment d'un enduit pâteux collant, finement granuleux. Cet état s'accompagne d'une sécheresse des lèvres avec légères crevasses. Quelle est l'étiologie de cette affection et que puis-je faire pour la combattre ?* Dr S.

? N° 67. — *Peut-on indiquer les différents ouvrages sur les amalgames et la librairie où ils se trouvent ?* *J. H.*

☞ *Réponse.* — Les amalgames sont parfaitement décrits dans la métallurgie du Dr Essig. « Dental metallurgy ». — Ch. J. Essig. D. D. S., M. D., publié par S. S. White, Philadelphie. M. M. B.

? N° 68. — *Un mécanicien-dentiste* non patenté *peut-il acheter un cabinet et l'employer en y plaçant un opérateur diplômé ?*

☞ *Réponse.* — Non ; nous publierons sur ce sujet dans un prochain numéro une consultation de notre collaborateur judiciaire.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION

Réunion du 25 juin 1898.

Présidence de M. MARTINIER, président.

La séance est ouverte à 6 heures 1/2.

Sont présents : MM. Berthaux, Chouville, Claser, d'Argent, Godon, de Marion, Papot, Schwartz, Stévenin, Viau.

M. Martinier remercie l'assemblée de l'avoir élu président.

Il fait observer que le procès-verbal de la dernière réunion a été publié dans le journal.

M. Stévenin rappelle que M. Paulme a donné sa démission de secrétaire général et non de membre du Conseil.

Sous le bénéfice de cette observation le procès-verbal, mis aux voix, est adopté.

M. Martinier donne lecture d'une lettre de M. Francis Jean, relative à un arbitrage par la Chambre syndicale.

Diverses observations sont présentées par *MM. de Marion*, *Schwartz*, *Martinier*, et *Claser*.

Sur la proposition de *M. Martinier*, la lettre et l'observation sont prises en considération et renvoyées au bureau.

M. Papot rend compte du congrès de Marseille.

M. Martinier, au nom de l'Association, remercie M. Schwartz du gracieux accueil fait à ses délégués.

Sur sa proposition, un crédit de 125 fr., représentant la part de l'Associtation, est voté pour les frais de la délégation envoyée à ce congrès.

M. Martinier donne lecture de la lettre qu'il a reçue de la Commission des vœux du Congrès de 1897 relativement à la confection d'un annuaire des chirurgiens-dentistes.

Un échange d'observations se produit entre *MM. Chouville*, *de Marion*, *Stévenin* et *Schwartz*.

Sur la proposition de *M. Martinier*, la question est renvoyée au bureau, qui devra présenter un rapport à la prochaine séance.

M. Martinier communique un projet de note et de lettre à adresser aux ministre de la Guerre et de l'Intérieur et au Conseil d'Etat relativement au service militaire des mécaniciens-dentistes. — Approuvé.

M. Martinier formule un projet d'organisation régionale de l'Association et en propose la prise en considération avec renvoi au bureau.

Après observations de *MM. Schwartz*, *Godon*, *Martinier* et *Stévenin*, la prise en considération et le renvoi sont prononcés.

M. Schwartz fournit quelques explications sur sa lettre à la Société d'Odontologie et à l'Association et déclare qu'elle avait simplement pour but d'exprimer le désir qu'une fois le procès en cours terminé il ne fût plus intenté d'action contre les anciens dentistes qui prendraient le titre de chirurgien-dentiste.

Il est procédé à la nomination du Syndicat et de la Caisse de prévoyance.

Le scrutin donne les résultants suivants :

Nombre des votants.. 8
Majorité absolue.. 5

Ont obtenu :

SYNDICAT

MM. Claser	2	voix.
Rollin	3	—
Billet	5	—
Devoucoux	6	—
Papot	6	—
Stévenin	5	—
Richard-Chauvin	4	—
De Marion	5	—
D'Argent, Martinier, Maire, Paulme, chacun	1	voix.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. Claser	3	voix.
Rollin	5	—
Billet	7	—
Devoucoux	8	—
Papot	5	—
Stévenin	5	—
De Marion	1	—
D'Argent	4	—
Maire, Paulme, chacun	1	voix.

MM. Billet, Devoucoux, Papot, Stévenin et de Marion sont élus membres du Comité Syndical.

MM. Rollin, Billet, Devoucoux, Papot et Stévenin sont élus membres de la Caisse de prévoyance.

La séance est levée à 7 heures.

Le Secrétaire Général,
DEVOUCOUX.

Assurances contre les accidents corporels de toutes natures résultant de traumatismes.

Tous les membres de l'Association générale des dentistes de France qui s'assureront par l'entremise de l'Association et par les soins de *M. T. Vinsonnaud,* officier supérieur d'administration en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, 20, rue Scheffer, à Paris, attaché au service « *Accidents* », de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* », profiteront des avantages suivants :

1re annuité, réduction de 7 o/o à l'intéressé ;
— versement de 3 o/o à la caisse de secours de l'Association.

Soit... 10 o/o.

Conformément à l'avis ci-dessus, *M. T. Vinsonnaud* a versé les sommes suivantes à M. Rollin, Trésorier de l'Association générale, pour montant des 3 o/o de la première année des assurances contractées par son intermédiaire à la Compagnie *La Foncière-Transports-Accidents*, par les membres de l'Association :

	Primes payées	3 0/0
De novembre 1897 à avril 1898	2.484.70	74.43
Mai	144.04	4.30
Juin	138.50	4.15
	2.767.34	83 »

DERNIÈRE HEURE

CONGRÈS DE LYON

3me LISTE D'ADHÉRENTS

MM. Giret..........	Paris.
Insall.........	—
Bonnaric, E ..	Lyon.
Crouzet, F.....	—
Huschmann...	—
Piault.........	—
Adnot J. (fils)..	Marseille.
MM. Dupuy........	Pau.
Giret, A.......	Coutances.
Pothier, E.....	Vichy.
Blanc.........	Genève.
Cunningham...	Cambridge.
Schwartz......	Colmar.
— Ch. A.	Strasbourg.

ERRATA

Page 65, 1re ligne, lire *un* procédé au lieu de *mon* procédé.


VUE GÉNÉRALE
DES
NOUVEAUX BATIMENTS
de la Société
DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE
DENTAIRES
DE
PARIS.
45 RUE LA TOUR D'AUVERGNE & 5 bis CITÉ MILTON
E. FOURNIER. PARIS.

18e ANNÉE. N° 16 30 AOUT 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro contient 52 pages, soit 12 en supplément ; il donne en plus une planche double tirée hors texte.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

A NOS LECTEURS

Notre numéro du 15 juillet renfermait, avec le compte rendu de la fête de l'inauguration du nouveau local de l'École dentaire de Paris, le plan de l'École et une vue de la salle de dentisterie opératoire. Nous complétons aujourd'hui cet ensemble en donnant ci-contre une vue générale à vol d'oiseau des constructions.

Nos amis de province qui n'ont pu visiter encore notre belle installation pourront ainsi se rendre compte de son importance.

N. D. L. R.

BULLETIN

AUTOUR DU CONGRÈS DE LYON

Le 4e Congrès dentaire national, auquel nous venons d'assister, a laissé la plus heureuse impression à tous ses adhérents présents, et on peut affirmer que son plein succès consacre définitivement l'œuvre des Congrès nationaux annuels. La réception sincèrement cordiale que les dentistes lyonnais ont faite à leurs confrères venus de Paris et des divers points de la France, la haute courtoisie qui a présidé aux différents débats sur des questions scientifiques ou sur des

questions de politique professionnelle ont fait du Congrès de Lyon le modèle des Congrès.

Il ne faut pas se le dissimuler, la situation était assez délicate ; il restait dans l'esprit de tous ceux qui s'abordaient avant les séances contradictoires, où devait être débattue la question posée par l'honorable Dr Martin, une arrière-pensée contenue seulement par un sentiment de convenance bien naturel. Il en résultait que l'expansion qu'on pouvait attendre entre confrères, entre camarades réunis en ces assises professionnelles était sensiblement atténuée.

La diversité des régions représentées au Congrès par des membres qui se connaissaient plus ou moins, impliquait, elle aussi, un aléa d'une estimation difficile et que les partisans favorables ou opposés à la proposition escomptaient par avance.

Aussi peut-on affirmer que jamais une discussion ne fut attendue avec plus d'intérêt. Ainsi que nous n'avons cessé de le penser et de le déclarer, les questions personnelles, les intérêts individuels ont été étrangers au mobile des parties en présence, et chacune d'elles n'était inspirée que par ce qu'elle croyait être profitable au progrès et à l'avenir de l'art dentaire français. — C'est ce qui a le mieux servi à discerner la bonne solution. Entre honnêtes gens on se comprend toujours, et, dans ce débat, il a suffi de s'entendre pour se convaincre. Après la bataille, c'est-à-dire après le paisible vote qui a suivi une discussion inoubliable par la hauteur des arguments invoqués il n'est resté qu'une sensation de soulagement et la séance a continué sans qu'on pu se douter qu'on venait de toucher aux plus hauts intérêts professionnels et peut-être de décider de la destinée de notre art en France.

Jamais on ne vit de solution admise par tous avec un plus grand respect des majorités, et, à partir de ce moment, les congressistes furent tout au plaisir de travailler en commun.

C'est là un excellent esprit, qui démontre que les dentistes français sont mûrs pour les idées les plus élevées, et si nous considérons que la très grande majorité des congressistes présents appartenait à la province (80 provinciaux contre 11 parisiens), nous en déduirons que celle-ci contient les plus précieux éléments de constitution de ces sociétés régionales dont nous souhaitons tous l'éclosion et qui, en se syndiquant avec les groupes importants de Paris, pourraient former une assemblée fédérale puissante, unie et respectée.

On a pu ainsi constater avec plaisir que l'Association générale des dentistes du Rhône et de la Région, qui comprend des praticiens très éclairés et très habiles, est à même de doter Lyon d'une École dentaire qui répondra à toutes les exigences.

A côté de cette question si importante de l'enseignement, les communications scientifiques, principalement les deux rapports mis à l'ordre du jour, ont donné lieu à des discussions du plus haut intérêt ; elles ont contribué, avec les démonstrations pratiques, à assurer le succès de cette réunion et à lui donner un éclat tout particulier.

Pour terminer, il nous faut regretter l'abstention de certains dentistes parisiens, notamment de ceux qui, par la situation qu'ils occupent dans l'enseignement, sont tout indiqués pour apporter aux Assemblées de ce genre leurs méthodes nouvelles ou perfectionnées.

Espérons que nos maîtres français en dentisterie ou en prothèse viendront plus régulièrement mettre en relief, dans les Congrès futurs, leurs procédés et leur savoir, qui appartiennent bien un peu à la corporation.

J. D'ARGENT.

P. S Au nom des congressistes parisiens, L'ODONTOLOGIE adresse aux confrères lyonnais de très vifs remerciements pour la cordiale réception et la gra-

cieuse hospitalité qui leur ont été réservées et dont ils garderont toujours l'agréable souvenir.

N. D. L. R.

4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

Ainsi que l'annonçait le programme du Congrès, la réception des congressistes a eu lieu le 11 août, à neuf heures et demie du soir, dans les superbes salons du café de la Paix. Le Bureau local, présidé par M. le Dr Claude Martin, était présent. Le nombre des congressistes déjà arrivés était satisfaisant et faisait prévoir le succès des séances ultérieures. Un punch a été offert par la Société des dentistes du Rhône et de la région et rendez-vous a été donné pour la séance du lendemain matin. Mentionnons, au cours de cette charmante réunion, la nomination du Bureau non régional, composé de MM. Schwartz (de Colmar), Lemonnier (de Nice), Dr Nux (de Toulouse), Coignard (de Tours), Bouvet (d'Angers), avec M. le Dr Beltrami (de Marseille) comme président.

L'ouverture officielle du Congrès a lieu le **vendredi 12 août**, à neuf heures et demie du matin, dans la salle des Fêtes de la Faculté de Médecine, magnifique amphithéâtre dans lequel prennent place les nombreux congressistes, tandis que sur l'estrade, affectée aux bureaux du Congrès, viennent s'asseoir M. Arloing, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, MM. Godon et Michaëls, présidents honoraires du Congrès, Lecaudey, président effectif, Dr Queudot, président du bureau central, Dr Martin, président du bureau local, Dr Beltrami, président du bureau non régional, ainsi que les membres de ces divers bureaux.

Les gradins supérieurs sont réservés au public. Parmi les assistants, on remarque MM. les Drs Crolas, Gérin, Courmont, Reboul, le sculpteur Aubert. L'aspect de la salle est imposant. Au milieu du silence, M. le professeur Arloing se lève et déclare le quatrième Congrès national dentaire ouvert, puis il donne la parole à *M. le Dr Lecaudey*. Celui-ci, très ému, prononce un discours fréquemment interrompu par les applaudissements [1].

Puis la parole est donnée à *M. le Dr Martin*. Après avoir adressé

1. Nous le publierons dans un prochain numéro, ainsi d'ailleurs que les autres discours et communications dont les auteurs nous feront parvenir le texte.

N. D. L. R.

des remerciements à M. le professeur Arloing, qui a bien voulu venir rehausser l'éclat du Congrès en lui apportant l'appui de son nom et de sa haute personnalité scientifique, à M. le Doyen de la Faculté de Lyon, qui a mis d'une façon si gracieuse la superbe salle à la disposition des congressistes, après avoir rendu hommage à M. le Dr Lecaudey, dont les efforts ininterrompus ont donné à la profession dentaire une forte impulsion, après avoir souhaité la bienvenue aux membres étrangers, il adresse un souvenir ému à la mémoire de Paul Dubois. Puis il aborde une question intéressante, mais qui, à son sens, est trop délaissée : celle de la prothèse, qui relève aussi bien de l'homme de science que du mécanicien. Cette question paraît bien simple, la technique en est bien assise; mais, en pratique, les difficultés surgissent. L'exécution d'un appareil comprend deux phases : l'une clinique, l'autre pratique, la première aussi importante que la seconde. La prise de l'empreinte et les autres opérations ne peuvent se faire que si l'on a suivi les malades et si l'on a soi-même travaillé et mis, comme on dit, la main à la pâte. On sait les dangers que présente un appareil mal placé, ainsi que les complications éloignées que produit un appareil dans la bouche; mais c'est la clinique qui l'apprend. C'est par la prothèse que doit commencer l'instruction du dentiste, mais c'est par la clinique qu'on arrive à faire de la prothèse, d'une façon convenable. L'orateur insiste particulièrement sur la prothèse chirurgicale, qui comprend la restauration des maxillaires, du voile du palais, et de la face ; les méthodes autoplastiques de la chirurgie ayant pour objet la prothèse des parties molles, c'est à la prothèse squelettique que se borne le rôle du dentiste. L'orateur rappelle les diverses étapes qu'a suivies la prothèse du maxillaire inférieur, qui a réalisé une évolution parallèle à celle des membres. Enfin il blâme la tendance qui consiste à introduire partout les programmes médicaux dans l'enseignement et dont le résultat, suivant sa propre expression, est « de faire des élèves des médecins incomplets plutôt que des dentistes accomplis ». Il indique la voie qu'il recommande de suivre : assiduité à la clinique dentaire et initiation des élèves à la prothèse.

Il souhaite l'intervention de l'Etat dans l'enseignement, afin d'éviter la concurrence commerciale qui est la plus préjudiciable aux intérêts des dentistes, mais sans que l'Etat s'écarte de la voie qui est la bonne et qui peut se résumer en ces termes : ramener les jeunes générations vers la prothèse et la clinique dentaire.

Ce discours est également interrompu à plusieurs reprises par des applaudissements.

M. le professeur Arloing prononce une allocution qui produit sur les assistants une profonde impression. Après avoir remercié les

orateurs précédents des paroles aimables qu'ils ont bien voulu lui adresser, il déclare modestement qu'il aurait désiré qu'une voix plus autorisée que la sienne se fît entendre en cette occasion solennelle; néanmoins il ne se sent pas mal à l'aise parmi tous ces praticiens qu'il considère comme ses amis. Ses relations avec les éminents dentistes de Lyon lui ont permis d'apprécier l'art dentaire; d'autre part les discours qui ont été prononcés marquent les progrès que cet art a accomplis.

L'art dentaire est une des branches de l'art chirurgical; par les services qu'il a rendus à la médecine, il s'impose à l'attention du corps médical tout entier. L'orateur rappelle à ce sujet que c'est à deux dentistes, Horace Wells et Morton, qu'on doit l'anesthésie générale par l'éther, et que les plus brillantes opérations sur la face ont pu avoir lieu grâce aux maîtres de l'art dentaire. Les dentistes sont donc chez eux à la Faculté de médecine, et celle-ci ne peut que leur souhaiter la bienvenue. Revenant aux progrès accomplis par la chirurgie dentaire, l'orateur déclare que jamais elle n'a été plus conservatrice, pour ce qui concerne la thérapeutique, plus réformatrice pour ce qui a trait aux notions scientifiques. De là la nécessité de posséder des connaissances sur l'anatomie, la physiologie et même la bactériologie. L'étude des microbes parasites de la dent appartient aux dentistes, c'est là un nouveau champ qui s'offre à leurs investigations. Aujourd'hui le dentiste doit avoir sur la médecine générale des connaissances, qui lui permettent de sortir de l'empirisme et de s'adonner à la science.

L'avenir de l'art dentaire est brillant, car les études scientifiques rendront les dentistes maîtres chez eux; mais ils ont raison de joindre la technique aux théories, quoique la science soit exigente et absorbe peu à peu toute l'attention.

Pour terminer, l'orateur émet le vœu que Lyon soit prochainement pourvu d'une Ecole dentaire, dont les maîtres ne feront certainement pas défaut.

De chaleureux applaudissements couvrent les dernières paroles de l'éminent orateur.

M. Siffre, secrétaire général du Congrès, expose les travaux du bureau central assisté du bureau local. Il rappelle la fusion qui avait été proposée entre la Réunion-Congrès de Marseille et le Congrès de Lyon; cette fusion n'a pas été admise, et le Congrès lyonnais a conservé toute son indépendance. On n'a d'ailleurs qu'à se réjouir des résultats obtenus. L'orateur rappelle également le changement de date qui a été opéré dans l'intérêt général, la date du Congrès ayant d'abord été fixée aux 4, 5 et 6 août; ce fait n'a du reste pas nui à son succès: il y avait 96 adhérents, et, depuis ce changement de date, un seul s'est retiré, mais 40 nouvelles adhésions se sont

produites. MM. les docteurs Paillasson, conseiller général du Rhône, et Redart s'excusent de ne pouvoir assister aux séances ; l'orateur leur adresse les hommages du Congrès. Ensuite l'orateur envoie un dernier adieu à la mémoire de M. Sarradon (de Pau) qui vient de succomber.

Enfin *M. Viau, trésorier*, mentionne quelques chiffres qui témoignent d'une situation financière excellente : l'année dernière l'excédent des recettes était de 1.063 fr. 75. Cette année, le Congrès, compte plus de 130 adhérents, et il y a déjà plus de 1.800 francs encaissés.

Il dépose également sur le bureau du Congrès pour figurer dans les compte-rendus un état résumé des comptes approuvés des différentes sessions du Congrès dentaire national depuis sa fondation : Bordeaux 1895, Nancy 1896, Paris 1897.

Après cet exposé la séance est suspendue pendant cinq minutes.

*
* *

A la reprise la parole est donnée à *M. le Dr Jullien Tellier* (de Lyon) pour la lecture de son rapport intitulé :

DES LÉSIONS DES DENTS ET DE LA MUQUEUSE GINGIVALE DANS LES DIVERSES DIATHÈSES.

Après avoir fait l'anatomie microscopique et macroscopique de ce qu'on pourrait appeler la région gingivo-dentaire, l'auteur définit nettement ce qu'est une diathèse et déclare se rattacher à la théorie de Bouchard qui ne considère comme diathèses que l'arthritisme et la scrofule, mais, en élargissant la conception de cette théorie, l'orateur ajoute la syphilis, le rachitisme, l'ostéomalacie, le diabète, la goutte. Pour ce qui concerne l'arthritisme, cette diathèse caractérise plusieurs maladies que l'auteur étudie : d'abord, le diabète qui donne naissance souvent d'une façon précoce à la gingivite ; l'auteur rappelle à ce propos que les lésions buccales ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité de la glycosurie ; le diabète donne aussi naissance à la pyorrhée alvéolaire, qui aboutit à la chute spontanée des dents. Quant aux tissus dentaires eux-mêmes fréquemment atteints de carie dentaire indolore et à marche rapide, ils peuvent également être sains. On observe, en somme, dans le diabète, des lésions de tous les tissus de la région gingivo-dentaire. L'orateur rattache la pathogénie de ces lésions à l'effacement du rôle protecteur de la salive qui, dans le diabète, est diminuée, et possède une réaction acide, et en outre à ce fait que les tissus imprégnés de sucre ont une résistance amoindrie, comme on l'a démontré expérimentale-

ment, quoiqu'il semble que le coefficient de résistance du tissu dentaire proprement dit ne soit pas abaissé. Donc, chez les diabétiques à dents primitivement saines, c'est du côté des tissus mous de la région gingivo-dentaire qu'apparaissent les premiers accidents dont l'évolution est rapide. Enfin l'auteur s'arrête sur la question des hémorrhagies chez les glycosuriques et se demande s'il faut, eu égard à cette question, intervenir chez un diabétique. Pour sa part, il intervient quand l'indication est formelle. — En ce qui concerne les altérations des tissus dentaires dans la goutte, elles ne sont pas bien caractéristiques. L'existence fréquente de la pyorrhée est démontrée par la clinique, mais on ne sait pas encore s'il s'agit d'un processus spécial à la goutte ou d'une lésion commune à un certain nombre d'états généraux. Dans le rhumatisme, les lésions des dents, en dehors de l'hyperplasie cémentaire, sont peu décrites; la gingivite et la pyorrhée sont souvent observées ; pour la scrofule, on a noté son influence sur la production de la pyorrhée, mais encore une fois, rien de précis. Pour le rachitisme la plupart des auteurs admettent l'influence de cette maladie sur les tissus de la région gingivo-dentaire, en dehors de toute relation avec la syphilis héréditaire ; les lésions peuvent porter sur le mode d'éruption, l'implantation, la coloration, la structure anatomique, les moyens de fixité des dents; les érosions, la carie dentaire la gingivite, la pyorrhée alvéolaire sont observées chez les rachitiques.

Enfin, dans la syphilis, l'orateur ne considère que la syphilis héréditaire ; la diathèse syphilitique, les lésions dentaires sont bien connues. L'auteur se borne à citer les conclusions d'une leçon du Dr Fournier, qui sont à peu près universellement adoptées. M. Fournier groupe les signes tirés de l'examen du système dentaire dans l'hérédo-syphilis en trois catégories : les signes d'anamnèse (retard dans l'apparition des premières dents) ; les signes tirés de l'état des arcades dentaires (engrenage vicieux, arrêts du développement de l'arcade supérieure plus courte que de coutume, irrégularités d'implantation dentaire, etc.) ; enfin les signes de dystrophie dentaire (vulnérabilité, microdontisme, amorphisme, érosions, surtout érosions en coup d'ongle).

Pour terminer, l'auteur fait la synthèse des phénomènes observés, et notamment de la gingivite et de la pyorrhée alvéolaire, et il montre que rien ne peut permettre de distinguer la gingivite et la pyorrhée de cause générale, diathésique, de celles qui relèvent d'une cause locale ; rien non plus, au point de vue de l'examen local, ne peut permettre de rattacher tel phénomène à telle diathèse. L'auteur ne formule donc pas de conclusions. Pour ce qui concerne la pyorrhée, il conclut seulement en faveur de sa nature infectieuse et parasitaire, suivant l'opinion de M. Galippe, mais sans souscrire toutefois à toutes

les conclusions de cet éminent observateur, particulièrement en ce qui concerne la nature contagieuse de la pyorrhée.

Après la lecture de ce rapport si intéressant la séance est levée.

*
* *

L'après-midi, à 2 heures 1/2, la séance est reprise et la parole donnée à *M. Sauvez* pour la discussion du rapport de M. Tellier. L'orateur rend hommage à la façon claire et précise, à l'esprit didactique avec lesquels a été conçu le rapport de M. Tellier. Il approuve celui-ci, qui a nettement délimité le terrain où opère le dentiste, en donnant une définition exacte de la région gingivo-dentaire, constituée par la gencive, les tissus durs des dents, la pulpe dentaire avec ses vaisseaux et ses nerfs. Néanmoins il reproche à M. Tellier d'avoir passé sous silence les douleurs que l'on observe chez les diabétiques, douleurs pour lesquelles le dentiste a pu intervenir utilemen. Ce qui a frappé l'orateur, c'est la constatation pénible que le domaine exploré par le rapporteur ne soit pas encore bien connu ; celui-ci a montré clairement que la gingivite et la pyorrhée alvéolaire ont toujours les mêmes symptômes, quelle que soit la diathèse envisagée, contrairement à ce qu'enseignent les livres. Mais le rapporteur a bien posé le problème, et M. Sauvez exprime l'espoir que M. Tellier continuera ses recherches dans la voie où il s'est engagé d'une façon si merveilleuse.

M. Godon joint ses félicitations à celles de M. Sauvez pour le rapport complet, parfaitement clair, présenté par M. Tellier ; la question à résoudre était obscure ; M. Tellier s'en est tiré à son honneur. L'orateur retient également la définition de la région *gingivo-dentaire*, définition qu'il faut conserver. Il signale la mise en lumière des modifications des sécrétions buccales apportées par les diathèses ; il semble probable que c'est à ces modifications que sont dues la plupart des altérations que l'on observe. Il a entendu avec plaisir rappeler les travaux de M. Poinsot, qui a signalé le premier ces modifications dans la diathèse urique. Mais il demande à M. Tellier pourquoi celui-ci n'a pas formulé de conclusions à la fin de son rapport ; évidemment, dans un rapport scientifique, on ne peut émettre des conclusions sur lesquelles l'assemblée ait à voter, mais l'orateur aurait aimé voir à la fin un résumé plaçant en relief les points principaux si bien mis en lumière par M. Tellier. En outre, si le rapporteur a considéré la tuberculose et la syphilis comme des infections et s'il a étudié la syphilis, pourquoi n'a-t-il pas étudié également la tuberculose ?

M. Fanton a publié à ce sujet un travail intéressant. Mais de plus, l'orateur a eu à soigner un malade atteint d'une tuberculose avancée,

dont il est mort d'ailleurs, et il a eu à lutter au début contre l'existence de petits abcès situés presque au collet de la gencive ; ces abcès étaient extrêmement douloureux, il a dû enlever une dent, ce qui a amené un soulagement ; la semaine suivante, il y eut de petits abcès semblables du côté opposé sans qu'on pût en trouver la cause habituelle dans l'état des dents ; il faut donc rattacher l'existence de ces abcès à la tuberculose. L'orateur cite encore une observation à propos du rachitisme et des érosions dentaires qu'on y observe : il s'agit d'une enfant rachitique, dont les dents de lait tombaient à 4 ans. L'enfant fut envoyée au bord de la mer, et 10 ans plus tard, M. Godon revit une jeune fille de 14 ans bien portante ; mais il constata la présence d'érosions au niveau de toutes les dents antérieures, comme il s'y attendait.

M. Michaels (de Paris) s'est également occupé de la question des diathèses,parmi lesquelles il faut distinguer les diathèses acides et les diatèhses alcalines. Dans ces deux espèces de diathèses l'orateur a étudié l'urine, la salive et la sueur, et il a appris ainsi quel rôle il faut attribuer à la chimie dentaire dans la production des lésions dentaires, dites diathésiques ; il est obligé notamment de reconnaître d'autres causes que les micro-organismes comme productrices de la carie dentaire. Chez les hypoacides, la série créatinique se manifeste et imprime aux dents des caractères tout spéciaux ; chez les hyperacides (goutteux et rhumatisants), ce qu'on rencontre, ce sont les aréides acides dérivés. Il se propose de développer ces notions dans une communication qui sera faite le lendemain, il constate seulement que la salive a un rôle important dans la bouche, rôle chimique, et si ce rôle n'a pas été reconnu, c'est à cause d'une observation insuffisante. Il demande à l'assemblée de nommer une commission de trois membres à laquelle il se propose de montrer les principes chimiques qui caractérisent les diathèses et les préparations de salive à l'aide du microscope et du polariscope.

M. Tellier répond aux divers orateurs qui se sont occupés de son rapport et les remercie d'abord des paroles bienveillantes qu'ils lui ont adressées. En ce qui concerne le reproche adressé par M. Sauvez sur ce fait qu'il a oublié de mentionner les douleurs que l'on rencontre dans le diabète, il répond que, dans un rapport de ce genre, il est difficile de tout dire, mais il l'a signalé à propos d'autres arthritiques à propos des rhumatisants. Quant au reproche de M. Godon sur le résumé de son rapport, il n'a pas cru qu'il convenait dans ce rapport de présenter des conclusions ; mais après divers chapitres,comme M. Godon l'a remarqué, il y a quelques phrases qui résument les points saillants. Pour la question de la tuberculose, il l'avait d'abord fait entrer dans le plan de son travail, en forçant la question de doctrine ; mais, plus tard, il l'a retranchée parce que cela aurait donné lieu à de

trop nombreuses objections. En outre, il n'existe pas sur ce sujet de travaux bien importants ; en dehors des ulcérations gingivales, il n'y a pas d'ulcérations dentaires chez les tuberculeux à partir d'un certain âge, 20 ans par exemple, celles qui existent avant cet âge devant être considérées comme dues à la scrofule, ou tuberculose atténuée, latente que présentent les sujets. Il y avait, il est vrai, une question très importante à traiter : la présence du bacille de Koch dans les dents comme cause des adénites du cou, mais cela ne rentrait pas tout à fait dans le cadre de son sujet. Pour répondre à M. Michaëls, l'orateur préfère attendre sa communication ; s'il peut constater les caractères qu'il décrit dans la salive, dans l'urine, il sera très heureux d'en faire part à ses confrères.

Après cette intéressante discussion, *M. le Dr Sauvez* (de Paris) a la parole pour présenter son rapport sur :

L'INTERVENTION DANS LES CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION

Rapport très remarquable dont nous nous contenterons ici de citer les conclusions, l'importante discussion qui a suivi devant mettre en relief un certain nombre de points traités dans le rapport même :

I. L'intervention complète est variable suivant les degrés de la phlegmasie.

Dans la première phase, fluxion œdémateuse simple, elle consiste à tenter la résolution de la fluxion et à pratiquer l'extraction.

Dans la deuxième phase, fluxion phlegmoneuse, elle consiste à pratiquer l'extraction ou à guider l'évolution de l'abcès pour l'amener à s'ouvrir dans la bouche.

Dans la troisième phase, abcès, elle consiste à pratiquer l'extraction et à ouvrir l'abcès.

II. Dans la première période, le praticien tentera d'amener la résolution de la fluxion.

Dans la seconde période, l'intervention dépend de l'intensité des phénomènes inflammatoires ; l'extraction suffira presque toujours pour arrêter la marche de la phlegmasie. Il sera toujours indiqué, que l'extraction soit faite ou non, de guider l'évolution de l'abcès par une thérapeutique appropriée.

Dans la troisième période, on se souviendra que le mal est limité ; si l'abcès proémine dans la bouche, on l'incisera.

Sauf le cas où l'abcès marche vers la peau, et dans lequel l'extraction s'impose, l'extraction est discutable et guidée par les symptômes locaux et généraux.

III. Dans les trois périodes, l'extraction est indiquée lorsque la dent est condamnée.

IV. La tuberculose, la syphilis, le cancer, les fièvres éruptives, l'actinomycose, la scrofule, l'ostéomyélite, commandent l'intervention complète.

V. Le diabète sucré, l'albuminurie, l'érysipèle, l'hémophilie, l'épilepsie, contre-indiquent l'intervention complète.

VI. La fièvre typhoïde, le typhus, les affections cardiaques et nerveuses donnent des indications variables.

VII. La grossesse, la lactation et la menstruation donnent également des indications variables.

VIII. Le choix de l'intervention dépend du siège de la dent, de son état, de la longueur de ses racines, de ses rapports anatomiques, etc.

IX. Le choix de l'intervention dépend également de considérations esthétiques physiologiques et du milieu social.

X. L'extraction, quand elle est décidée, sera faite immédiatement. L'ouverture de l'abcès ne sera faite que lorsque le pus sera superficiel.

C'est *M. Godon* qui entame la discussion sur le rapport de M. Sauvez. Il estime qu'il y a lieu de se féliciter de la décision prise lors du dernier Congrès à Paris d'inviter les rapporteurs à distribuer leurs rapports quelques jours avant l'ouverture du Congrès, ce qui permet aux membres adhérents de se livrer à une discussion aussi intéressante que celle qui a suivi le rapport de M. Tellier. Il engage le bureau à laisser une large place blanche près de chaque page imprimée du rapport pour que chacun puisse y noter ses observations au sujet du rapport même. Arrivant au rapport si clair de M. Sauvez, l'orateur remarque que la question des abcès sous-périostiques, assez confuse dans les traités classiques, a été éclaircie par M. Sauvez, qui y a mis de l'ordre ; il aurait voulu néanmoins que M. Sauvez y ajoutât un schéma pour permettre de suivre son exposé.

L'orateur remarque également la mise en lumière de l'influence de la direction des muscles de la bouche et des lèvres sur la direction du pus, cela en vue de l'intervention.

Pour l'hémophilie, le rapporteur indiquant d'amener la formation de l'abcès en un point le plus propice, l'orateur demande de quelle façon M. Sauvez entend atteindre ce but. Au point de vue de l'influence de l'intervention sur la menstruation, M. Godon cite une observation qui lui est personnelle et qui a trait à une jeune fille atteinte de périostite aiguë il essaya le traitement conservateur, ouvrit la cavité pulpaire, fit des lavages, mais, la malade souffrant davantage voulut qu'il lui enlevât sa dent. Elle était à la période menstruelle et n'en avait rien dit ; après l'extraction, ses règles se sont arrêtées et n'ont pas reparu depuis. Cet arrêt est-il dû à l'émo-

tion, à l'extraction elle-même? En tous cas il peut se produire, et le rapporteur a eu raison de le considérer comme un accident possible. L'orateur n'est pas de l'avis de M. Sauvez lorsqu'il dit que l'interview, telle que l'a pratiquée l'année passée, au Congrès de Paris, M. Joseph sur la périodontite suppurée, ne peut rien donner d'utile; l'orateur croit au contraire cette forme d'interview opportune puisqu'elle a donné lieu à une réponse remarquable de M. le professeur Le Dentu. Au sujet de l'incision précoce, l'orateur ne s'en déclare pas partisan ; il la recommande tout à fait au début, lorsqu'il y a périostite, et non lorsqu'il y a commencement d'abcès. Enfin il signale une petite lacune qui concerne le traitement conservateur de la dent : l'abcès s'ouvre dans le canal radiculaire, et on peut provoquer cette issue par la sonde, il ne faut pas toujours ouvrir l'abcès.

M. Queudot (de Paris) signale également une petite lacune : le périoste est attaqué par le processus phlegmasique au début et donne lieu à de la périostose, comme l'a montré M. le professeur Ollier. Il félicite M. Sauvez de son rapport si intéressant et si remarquable.

M. Tellier joint ses félicitations à celles des orateurs précédents. Pour lui, il a souvent observé des accidents dus à la périostite, et croit que ces accidents sont d'ordre chirurgical. Lorsque les malades arrivent avec des accidents déjà constitués, déjà anciens, on peut attendre, mais dans tous les autres cas M. Tellier est partisan de l'extraction précoce, qui, dans 8 ou 9 cas sur 10, est capable d'entraver les accidents. Donc, s'il y a déjà un abcès col lecté, on peut retarder l'incision. En ce qui concerne l'incision précoce, il faut faire une différence entre les abcès sortant du côté de la peau, pour lesquels l'intervention est indiquée, et les abcès sortant du côté de la gencive ; pour ces derniers, M. Tellier recommande une pointe de feu précoce et profonde, allant jusqu'à l'os. Cette pointe de feu fait une sorte de débridement qui enlève la douleur et diminue la fluxion.

L'orateur est partisan de l'intervention dans le diabète lorsque celui-ci est formellement indiqué, car le danger d'enlever la dent n'est pas plus grand que celui de la laisser. D'ailleurs, en prenant des précautions, on peut éviter ce danger : contre l'infection, l'antisepsie rigoureuse donne toute sécurité ; contre l'hémorrhagie immédiate et même tardive, la gélatine réussit très bien ; contre l'accroissement de la glycosurie due au traumatisme, il y a le régime des diabétiques. Il faut donc intervenir lorsqu'on sait que l'abstention est dangereuse. En outre, pourquoi ne pas recourir à l'extraction au moment de la grossesse quand on fait des amputations de l'utérus, des extractions d'ovaires, sans provoquer

d'avortement ? Il faut donc encore intervenir dans ce cas si l'indication est formelle ; il n'y a pas d'observation qui mentionne l'avortement après l'extraction dentaire. Pour la menstruation, qui ne dure que quelques jours, on peut attendre. Mais, dans tous les cas, il ne faut pas établir de règle absolue, il faut se guider sur les indications.

M. Beltrami (de Marseille), au sujet de la menstruation, confirme les idées de M. Sauvez ; il a vu une dame qui a eu une poussée alvéolo-dentaire au moment de la période menstruelle, douleur peu prononcée, avec léger œdème, qui a disparu après cette période, a reparu au moment de la période menstruelle suivante, puis a définitivement disparu. En ce qui concerne la grossesse, il recommande de ne pas dépasser le 7me ou 8me mois pour intervenir et d'employer l'anesthésie générale qui abolit les phénomènes nerveux, le choc résultant du traumatisme. Enfin, comme M. Godon, il félicite M. Sauvez d'avoir tenu compte du rôle des muscles dans la marche du pus. La gravité du pus existe précisément lorsqu'il se développe dans le plancher de la bouche, insuffisamment décrit par les anatomistes, et l'angine de Ludwig ou phlegmon du plancher de la bouche, qui peut survenir à la suite de suppuration dentaire, présente une très grande gravité.

M. Guillot (de Lyon) cite trois observations : la première, qui a trait aux hémorragies de la période menstruelle, concerne une jeune fille qui se trouvait à cette période et à laquelle, sans savoir cette particularité, l'orateur enleva les deux prémolaires supérieures droites ; les hémorrhagies se montrèrent pendant plusieurs jours après l'extraction. Les deux autres observations ont trait à l'intervention pendant la grossesse ; cette intervention détermina, dans les deux cas, un avortement. L'orateur recommande donc l'anesthésie générale au cours de la grossesse, ainsi que pendant la période de lactation.

M. d'Argent (de Paris) constate qu'en lisant le rapport de M. Sauvez on peut croire qu'il faut extraire toutes les dents accompagnées d'abcès. Suivant l'orateur, il y a une foule de cas intermédiaires qui sont susceptibles d'un traitement conservateur sérieux, traitement suivi de succès. Même dans les cas extrêmes, il y a encore des ressources si l'on ne fait pas intervenir l'influence des diathèses. L'orateur a observé beaucoup de cas dont la guérison s'obtenait rapidement ; en employant le moyen indiqué en dernier lieu par M. Godon, on agit vite et sûrement. Il faut donc insister davantage sur le rôle curatif. L'indication nette de l'extraction se trouve dans la chronicité de l'abcès ; l'abcès chronique ne se révèle que lorsque le malade a sa dent cariée depuis longtemps ; le ligament est très modifié dans sa fonction normale et

dans sa structure et ne pourra plus les recouvrer par suite des altérations avancées dont il est le siège ; par conséquent l'extraction est non seulement indiquée, mais elle s'impose même. Enfin, dans les cas de grossesse, il ne faut opérer que les malades qui sont parfaitement connues du dentiste, qui ont confiance en lui ; mais si elles se présentent avec un certain état de nervosisme, on pourra employer l'anesthésie générale.

M. Meng (de Paris) se rallie aux idées de M. d'Argent : il a toujours essayé de soigner les périostites aiguës ; dans les cas chroniques, il a toujours opéré le plus tôt possible. Il a observé des cas dans lesquels un abcès à marche chronique, non opéré, a donné lieu à des conséquences graves ; il cite un cas de ce genre chez une femme qui a subi une perte de substance considérable du maxillaire inférieur, du fait de la périostite chronique qui n'avait pas été opérée à temps. Mais il ne faut pas se contenter d'opérer dans le cas de périostite chronique, il faut faire revenir la malade, lui faire des lavages de l'alvéole, cureter celui-ci de 1 millimètre ou de 1 $\frac{1}{2}$ millimètre et aseptiser autant qu'il est possible le champ opératoire.

M. Reboulet (de Lyon) ne pense pas que dans les cas de périostite chronique il faille faire l'extraction, quand il existe une fistule. Dans le cas d'abcès avec flux énorme, si une fistule s'est produite, il l'agrandit, sinon il la crée à travers la gencive et l'os, puis il attend ; la dent est évidemment une dent très lésée, mais c'est une dent, et l'esthétique est sauvegardée. Un ou deux ans après, il soigne la dent et arrive à la conserver.

M. d'Argent a voulu dire que lorsqu'on avait des doutes sur l'utilité de l'intervention il fallait surtout envisager la chronicité de l'abcès ; il est partisan du traitement conservateur et il croit à son succès, grâce à une certaine patience et une grande ténacité ; il est d'ailleurs encouragé dans cette voie par un certain nombre d'observations heureuses et la bonne volonté des malades, cela même dans des cas désespérés. M. Reboulet entretient les fistules pendant deux ans, mais il faut se demander si la fistule sera pendant ce temps dans des conditions aseptiques suffisantes pour ne pas avoir à craindre de suites fâcheuses.

M. Ducournau (de Paris) est également conservateur : avec de la patience et de l'antisepsie, on arrive toujours à un bon résultat. C'est là la ligne de conduite qu'il a suivie depuis vingt ans. Dans le cas de périostite aiguë au début, il recommande la pointe de feu poussée jusqu'à l'alvéole lorsqu'il n'y a pas trop d'œdème ; ce traitement détermine en général un soulagement presque immédiat. Mais si l'abcès est déjà en voie de formation, il est préférable de le laisser évoluer avant d'intervenir.

M. Tellier reprend la parole : en ce qui concerne l'état de grossesse, il a voulu dire simplement que, si l'extraction s'impose, on peut intervenir avec des chances de succès, et en employant l'anesthésie générale. Il est d'accord avec M d'Argent : si l'on a un malade avec une première poussée fluxionnaire, il ne faut pas extraire la dent ; s'il semble que le traitement de la dent fera cesser les accidents, on peut attendre. Mais il ne faut pas déclarer qu'on n'arrachera jamais ; il faut conserver dans tous les cas où le traitement conservateur peut suffire. Mais si l'on ne peut pas conserver la dent, à quel moment faut-il intervenir ? De bonne heure ou à froid ? Voilà la question dans ses limites exactes, limites dont on était un peu sorti au cours de la discussion.

M. Siffre n'est pas de l'avis de M. Tellier sur ce dernier point. Le titre du rapport de M. Sauvez est : De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion. Par conséquent, il peut être question d'intervenir ou de ne pas intervenir. En ce qui concerne l'intervention, chaque fois qu'on peut évacuer le pus d'une façon quelconque, on détermine la cessation des accidents ; si l'état général est grave notamment, l'extraction s'impose. Dans le cas de périostite chronique, on a un ligament infecté dont les produits septiques s'écoulent soit visiblement, soit invisiblement ; dans ces cas, il a toujours réussi à guérir les malades. Pour le quatrième degré notamment, il introduit de l'acide sulfurique par un tire-nerf avec lequel il nettoie le canal, il y passe ensuite des mèches à l'alcool et l'obture.

M. Sauvez répond aux observations qui lui ont été adressées au sujet de son rapport. Il remercie d'abord les divers orateurs qui lui ont adressé des félicitations. En ce qui concerne la question posée par M. Godon pour savoir comment M. Sauvez entend amener la formation de l'abcès en un point propice, celui-ci s'en est expliqué dans son rapport au chapitre traitant de l'intervention en elle-même : « Avant tout, a-t-il dit, jamais de cataplasmes, jamais de compresses humides, même aseptiques ou antiseptiques, appliquées sur la peau, à moins qu'on n'ait bien l'intention de faire ouvrir l'abcès au dehors, — ce qui est le cas le plus rare et que nous ne supposons pas.

Sur la peau, nous conseillons une couche de teinture d'iode, et nous insistons pour que cette teinture d'iode soit celle du Codex, qu'elle soit fraiche, pour éviter les accidents qui pourraient résulter de l'emploi d'un flacon ancien, dont l'alcool se serait évaporé. Nous avons vu, dans un cas analogue, toute la peau de la joue soulevée comme par un vésicatoire, ce qui pourrait laisser des cicatrices ou une pigmentation particulière chez certains sujets.

Nous conseillons au malade, si possible, de garder la chambre, de se tenir au chaud, et, s'il est obligé de sortir, nous lui recommandons de porter un bandeau peu serré avec une lamelle d'ouate hydrophile sur la région tuméfiée.

Comme traitement intra-buccal, nous préconisons des lavages fréquents toutes les demi-heures, avec une solution chloratée au 1/100, en alternant avec une solution d'eau de guimauve et de pavot boriquée.

Pendant longtemps, on a conseillé l'application permanente d'une figue bouillie dans du lait que le malade devait placer, très chaude, dans le cul-de-sac gingivo-labial ou gingivo-génien formé par le vestibule de la bouche à l'endroit précis où l'on voulait attirer la collection purulente. Cette figue devait être remplacée toutes les demi-heures... Nous engageons tout simplement aujourd'hui à remplacer la figue par des tampons d'ouate hydrophile de la grosseur d'une noix, trempés dans une solution boriquée chaude, placés comme il a été dit plus haut et renouvelés également toutes les demi-heures. On pourra employer l'eau de guimauve et de pavot boriquée conseillée au malade pour les lavages de la bouche.

Naturellement nous interdisons la teinture d'iode appliquée sur la gencive, car, à ce moment, elle produirait un effet contraire.

Cette thérapeutique donnera des résultats favorables, même dans des cas où l'abcès est déjà presque collecté et menace de s'ouvrir à la peau, si elle est suivie avec soin. »

Maintenant, en ce qui concerne la forme d'interview employée par M. Joseph, l'année passée, M. Sauvez l'a réprouvée et il a indiqué les raisons qui ont motivé cette opinion ; le résultat n'en a d'ailleurs pas été brillant puisque sur quarante lettres, une seule, celle de M. le professeur Le Dentu a été retenue comme très intéressante. Pour ce qui est de l'intervention, il ne conseille pas d'ouvrir un abcès par le canal, car on se trouve en présence d'une fluxion phlegmoneuse, et un instrument, si propre soit-il, pourra repousser dans le foyer des éléments septiques. Il se rallie à l'opinion de M. Tellier qui recommande une pointe de feu précoce et profonde faite jusqu'à l'os à l'aide du couteau du thermo-cautère. Pour ce qui est de la grossesse, il faut se baser surtout sur les antécédents. Voici en effet ce qu'il dit dans son rapport : « Les antécédents jouent un rôle important dans notre décision.

Certaines femmes ont eu déjà plusieurs grossesses, qu'elles ont toujours menées à bien, sans accidents ; cependant elles ont eu, pendant leur cours, des chutes, des accidents, des émotions, des maladies ; elles ont même subi des opérations importantes ou analogues à celle que nous hésitons à pratiquer, et sans accident.

Dans ce cas, il n'y a pour ainsi dire pas à s'occuper de l'état de grossesse.

D'autres ont des antécédents très mauvais. Elles ont eu des fausses couches nombreuses, et ces fausses couches reconnaissaient pour causes des traumatismes insignifiants; parfois même, le fait de lever les bras a suffi pour produire un accident, et elles n'ont pu mener à bien une grossesse qu'en restant étendues plusieurs mois sur une chaise longue.

Dans ces cas, la plus grande attention doit être apportée et l'intervention réduite à son minimum possible.

Inutile d'ajouter que l'époque de la grossesse, époque à laquelle se sont produits les accidents antérieurs, l'intensité probable de la douleur et naturellement aussi l'état d'altération de la dent à extraire donneront également des indications précieuses sur l'intervention à pratiquer. »

M. Beltrami a été très intéressant, M. Sauvez se rallie à ses idées. Celui-ci préfère l'anesthésie générale pour les cas de grossesse et l'état de lactation. Répondant à M. d'Argent, M. Sauvez déclare que dans tous les cas où il peut conserver une dent, il le fait. Enfin, on a mentionné le cas de fistule du quatrième degré; M. Sauvez n'a pas eu à s'en préoccuper, cette question n'entrant pas dans le sujet de son rapport.

Nomination de la Commission de vérification des faits exposés par M. Michaëls : MM. J. Tellier, Beltrami et Sauvez sont désignés.

Nomination de la Commission des vœux : sont candidats MM. Godon, Sauvez, Queudot, Martinier, Bastien, Ravet, Guillot, Beltrami père, Lemonnier, Bouvet, Durand.

Sont nommés au vote secret : MM. Godon par 47 voix, Sauvez 45 voix, Queudot 33 voix, Martinier 35 voix, Guillot 28 voix.

M. Godon est nommé rapporteur.

La séance du **Samedi 13 août, après-midi**, a été consacrée à l'examen des vœux.

Auparavant, la parole est donnée à *M. Siffre*, qui présente des excuses de la part de M. Damain, directeur de l'Ecole dentaire de France, que la maladie a empêché de se rendre au Congrès. Il présente également les excuses de M. Camoin, retenu pour la même raison.

MM. Borrel, Amoëdo, Nux et Papot se sont fait excuser à leur tour.

La parole est ensuite donnée à *M. Godon*, rapporteur de la Commission des vœux. M. Godon annonce qu'il a reçu, au cours de la séance précédente, seize vœux; parmi ces vœux, il en est sept qui ont directement rapport à la question de l'enseignement.

La Commission a été d'avis de commencer par l'examen de ces derniers.

Néanmoins, on examine le vœu de M. Bastien qui a trait à l'exercice de l'art dentaire sur la voie publique.

M. A. Bastien (de Lyon) pense que les pouvoirs publics doivent interdire la pratique des opérations dentaires sur la voie publique; aussi propose-t-il au Congrès le vœu suivant :

« Que l'autorité compétente interdise absolument et dans toutes circonstances la pratique des opérations dentaires sur la voie publique. »

M. Godon dit que la Commission des vœux a été embarrassée, car il y a, parmi ceux qui exercent sur la voie publique : 1° ceux qui exercent illégalement ; 2° ceux qui exercent légalement, car il est possible qu'il y ait des chirurgiens-dentistes diplômés qui exercent de cette façon ; alors quelle solution adopter ? Pour les premiers, ils tombent sous le coup de la loi ; ce sont les syndicats professionnels ou le procureur de la République qui exerce les poursuites, on n'a donc qu'à s'adresser à ceux-ci. Mais M. Bastien ayant fait remarquer les dangers d'une installation en plein air, rapide, sans antisepsie et en second lieu le discrédit que cela jette sur la profession, la Commission s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu d'envoyer le vœu au ministère de l'Intérieur, où le Comité d'hygiène, chargé de veiller à la santé publique, pourrait s'en occuper. En conséquence, sous réserve des observations présentées concernant ceux qui exercent illégalement, la Commission propose de renvoyer le vœu au ministère de l'Intérieur, afin de s'assurer si les conditions d'hygiène sont observées.

M. Bastien répond que, les charlatans se déplaçant facilement et rapidement, ils échappent ainsi à la surveillance et aux poursuites. Il ne sera pas possible, dans ces conditions, aux syndicats d'agir contre eux.

M. Godon réplique que c'est là une raison de plus pour que le renvoi du vœu au ministère de l'Intérieur soit indiqué. Le Comité central qui sera nommé le lendemain fera tout son possible pour le faire aboutir.

Le vœu de M. Bastien est renvoyé au ministère de l'Intérieur.

On passe alors à l'examen des vœux sur la question de l'enseignement. *M. Godon* dit que la Commission a décidé de ne pas formuler d'avis sur les vœux qui ont trait à cette question, par suite de l'importante discussion auxquels ils doivent donner lieu en séance, chacun des membres de la Commission conservant la liberté de sa décision.

Le premier vœu est celui de M. le Dr Cl. Martin (de Lyon). Il est aïnsi conçu :

« Le Congrès dentaire national tenu à Lyon en 1898, considérant que la loi du 30 novembre 1892, en créant un diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, entraîne l'obligation d'organiser les études nécessaires pour l'obtention de ce diplôme ; que, néanmoins cet enseignement n'est encore donné dans aucun établissement de l'Etat ;

Emet le vœu :

Que l'Etat accorde aux Universités le concours nécessaire pour l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire. »

Le second vœu est celui de M. Godon. Il est ainsi conçu :

« Le Congrès dentaire national tenu à Lyon en 1898 émet le vœu :

Que les Écoles dentaires, dont la création est jugée nécessaire, soient établies en conformité des lois sur l'enseignement supérieur libre de 1875 et de 1880 et du décret du 31 décembre 1894;

Sur des bases philanthropiques et impersonnelles, par l'initiative des associations professionnelles de la région qui, tout en réclamant l'appui moral et matériel des pouvoirs publics, conservent la direction des dits établissements, tant au point de vue de leur administration intérieure, qu'à celui du recrutement de leur personnel enseignant, choisi indistinctement, parmi les dentistes, chirurgiens-dentistes, ou docteurs en médecine-dentistes. »

Le troisième vœu, de M. Godon également, est le suivant :

« Le Congrès dentaire de Lyon émet le vœu :

Que les décrets et arrêtés concernant l'enseignement et les examens en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste soient modifiés conformément aux besoins de l'art dentaire et du public, notamment en ce qui concerne la dentisterie opératoire et la prothèse dentaire ; et que, pour leur application, il soit désormais fait impartialement appel aux dentistes, chirurgiens-dentistes et docteurs en médecine dentistes, sans autre distinction que celle de leur valeur professionnelle. »

Le quatrième vœu, de M. Poinsot, est émis dans une lettre dont les conclusions sont les suivantes : « Que les écoles dentaires modifient leurs statuts ou que l'Etat modifie les lois de 1875 et 1880 sur l'enseignement supérieur libre, cela, de façon à permettre d'introduire les dispositions du vœu de M. Cl. Martin. »

Le cinquième vœu, de M. Camoin, est formulé dans une lettre qui contient le projet d'organisation d'une Ecole dentaire libre en province. Ce projet, soumis à la Société de Marseille, le 15 avril

1895, fut repoussé par 16 voix contre 12. Il s'agit là plutôt d'une indication que d'un vœu.

Le sixième vœu, de M. le Dr Queudot, a plutôt trait aux procédés pédagogiques. Il tend à ce que l'instruction scientifique soit donnée par les Facultés de médecine, et l'instruction professionnelle par les Ecoles dentaires.

Enfin le septième vœu, de M. le Dr Guillot (de Lyon), tend à ce que les docteurs en médecine qui veulent exercer la profession de dentiste soient tenus de posséder le diplôme de chirurgien-dentiste.

M. Martin a la parole. — Avant de soumettre à l'appréciation du Congrès le vœu qu'il propose, il indique les raisons qui l'ont déterminé à l'émettre : il craint que les Ecoles dentaires ne se multiplient et n'abaissent par là le mérite de la profession. Il adresse des éloges au corps enseignant et notamment au directeur de l'Ecole dentaire de Paris ; ce n'est donc pas dans un esprit d'hostilité contre les écoles dentaires existant actuellement qu'il parle, mais c'est dans un intérêt général. Quelle est la garantie de la compétence du corps enseignant futur ? Peut-on compter pour cela sur la solidarité professionnelle quand on a vu les rivalités qui se sont produites? Voyez l'Ecole centrale ; elle a d'abord été privée; depuis que son organisation a été confiée à l'Etat, elle n'a pas été moins florissante. Mais s'il est souhaitable que les professeurs soient universitaires, il faut qu'ils soient également exclusivement professionnels, qu'ils aient leur autonomie propre, quoique vivant sous le contrôle de l'Université ; c'est ce qui empêcherait la multiplicité des écoles, car cela donnerait aux écoles officielles un prestige tout à fait spécial. En outre, il est logique de confier à l'Etat l'organisation des études dont il est chargé de contrôler les résultats. Dans le journal *L'Odontologie*, un article sur l'enseignement dentaire aux Etats-Unis formulait plusieurs griefs contre les écoles dentaires libres : il y a trop de collèges, on délivre trop de diplômes par an, un grand nombre ont été fondés dans un esprit de lucre. Craignons que de pareils reproches ne soient adressés un jour aux écoles françaises et coupons le mal dans la racine. Craignons-nous que cela diminue le prestige des professeurs ? En France, au contraire, personne n'est plus estimé que les personnages officiels. Il faut marcher avec son siècle et obtenir la sanction, la consécration officielle, mais il faut marcher dans une bonne voie. On a reproché à l'orateur d'avoir voulu exclure à la fois les mécaniciens et les docteurs ; or, il est parmi les premiers, et les seconds donnent à la profession qu'il aime l'éclat qu'elle mérite. A ce propos, M. Martin rappelle son origine professionnelle et la façon dont il a commencé ses études

médicales. C'est au nom de cet amour de son art qu'il demande précisément que la partie technique, si sacrifiée, bien que si importante, reçoive la place qu'elle mérite dans l'enseignement dentaire : « Assurons, s'écrie-t-il, en terminant, l'avenir de nos écoles ; « ainsi nous sauvegarderons la dignité de notre profession, c'est-« à-dire la dignité de tous ! »

M. Godon répond. Il adresse des remerciements à M. Martin pour les éloges dont il a couvert le corps enseignant et le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, pour la façon très nette et très franche dont il a posé la question des écoles professionnelles devant le Congrès. Dans le très remarquable ouvrage du professeur Bertrand de Lyon sur l'enseignement intégral, qu'il lisait dernièrement, il trouvait une citation de Michelet qu'il croit opportun de rappeler au début de cette discussion : « Il est une chose qui doit être la principale préoccupation des hommes, c'est l'éducation ; la seconde chose qui doit préoccuper les hommes, c'est l'éducation ; la troisième chose qui doit préoccuper les hommes, c'est encore l'éducation. » L'enseignement professionnel est, pour nous, l'avenir de notre profession ; il n'est pas de question plus grave, plus importante, et M. Martin mérite tous nos remerciements pour l'avoir abordée. Mais, le regret très vif de l'orateur, c'est qu'il ne soit pas du même avis que M. Martin pour lequel il professe la plus profonde estime et la plus grande admiration, et qu'il soit obligé de combattre le vœu que celui-ci a présenté. « Mais, dit-il, nous sommes les prisonniers de nos principes et si je défends depuis 18 ans l'enseignement libre, je ne puis aujourd'hui, malgré l'estime que je professe pour M. Martin, malgré la juste notoriété due à son travail qui représente une force considérable, je ne puis, dis-je, me rallier à ses idées ; mais il ne m'en saura pas mauvais gré, car nous avons tous les deux pour nous la même sincérité et le même amour de notre profession. »

L'orateur croit d'ailleurs qu'il y a simplement malentendu et que la discussion fera disparaître ce malentendu : « Nous avons tous, dit-il, les mêmes intérêts, par suite les mêmes aspirations ; dans le discours prononcé à l'inauguration du Congrès par M. Martin et sur les quatre ou cinq points importants auxquels on peut ramener ce discours, il n'y en a qu'un seul sur lequel nous différions d'opinion. Si nous avons fait une place si importante à la médecine, c'est la Faculté qui nous l'a imposée par ses programmes ; nous sommes tous unanimes à le déplorer ; nos élèves travaillent plus que dans toute autre école de l'Etat, ils ont une partie technique à étudier, ils ont en même temps à satisfaire aux exigences de la Faculté de médecine, qui leur fait passer les examens ; nous espérons d'ailleurs arriver à limiter ces exigences. Mais, en

somme, si la partie technique est sacrifiée, c'est la faute de l'Etat qui méconnait notre partie technique. Donc, nous sommes d'accord : le dentiste devrait débuter par la prothèse ; nous n'avons pu réaliser ce programme mais nous le désirons et nous voudrions que M. Martin, qui l'a tracé, fût écouté. Nous sommes d'accord aussi avec lui pour demander une place égale pour les professionnels dans les jurys d'examen pour faire passer aux docteurs l'examen de chirurgien-dentiste ».

Pour ce qui concerne les inconvénients de la liberté de la fondation des écoles dentaires, l'orateur est également d'accord avec M. Martin. Il est vrai qu'en Amérique, à côté d'écoles libres florissantes, il y en a qui n'avaient en vue que des intérêts pécuniaires ; c'est là évidemment un danger, mais n'y a-t-il d'autre remède que de donner les clefs de nos écoles à l'Etat ? Donc les aspirations communes de l'orateur et de M. Martin sont nombreuses et poursuivent le relèvement de la profession ; il n'y a qu'un seul point de divergence, c'est le suivant : les associations professionnelles doivent-elles réclamer de l'Etat la création et la direction des Ecoles dentaires ou bien doivent-elles se contenter de réclamer seulement de lui un appui moral et matériel en conservant pour elles l'initiative de cette création et de cette direction ? Cette question de l'enseignement, s'écrie M. Godon, touche à de grands principes, et nous pourrions l'examiner au point de vue de l'enseignement général de ce pays ; les philosophes ont toujours pensé que ce qui incombe à l'Etat c'est la défense à l'extérieur, la protection à l'intérieur ; quant à la liberté de l'enseignement, qui est la liberté de la pensée, elle appartient aux citoyens, elle est différente suivant les pays, les traditions, les régions, et vous voulez demander à l'Etat un enseignement uniforme partout ! Voyez les institutions libres d'Angleterre, d'Amérique, de Belgique, partout elles sont florissantes, dégagées de l'influence stérilisante de la centralisation de l'Etat ; ceux qui ont été au contact de ce système centralisateur que nous a imposé Bonaparte savent ce qu'il vaut, et tandis que partout il craque de toutes parts comme un vêtement trop étroit, que maintenant on réclame la liberté et la décentralisation, c'est alors que vous nous demandez de sacrifier nos dernières prérogatives, à nous qui par je ne sais quel hasard avons échappé à ces règlements ? Vous ne suivez donc pas la marche de votre pays ? Les fonctionnaires eux-mêmes, les professeurs réclament cette liberté ; la loi sur les universités est un commencement de décentralisation, un commencement de droit libre initiative dont on apprécie déjà les avantages et qui fait qu'on n'est pas obligé d'attendre 18 mois le déplacement d'une porte dans un laboratoire. Voyez l'Institut Pasteur ; que d'exten-

sion a-t-il pas prise sans le concours de l'Etat ! Mais il faut nous restreindre à des questions beaucoup plus simples. Je me souviens de la séance où Paul Bert disait : « On vous couvre de fleurs pour mieux vous mener à l'autel. » Noubliez pas que nous ne sommes pas un enseignement supérieur dans le sens strict du mot, mais un enseignement professionnel ; limitons-nous donc, nous n'avons qu'un rôle, qu'un domaine : c'est la région gingivo-dentaire, suivant l'heureuse expression de M. le Dr Tellier, et notre enseignement professionnel, au même titre que tous les enseignements professionnels du monde, doit être libre et dirigé par les professionnels. L'école des sciences politiques et tant d'autres dont voici les programmes sur ce bureau, sont libres et l'Etat accepte leurs diplômes, car il a reconnu qu'aucune de ses écoles n'est capable de lui fournir des professionnels aussi habiles et aussi compétents, M. Chautemps, ancien ministre, le disait récemment à notre séance d'inauguration de notre nouveau local. Personne ne peut mieux savoir les besoins de la profession que les professionnels eux-mêmes ; sur tout cela nous sommes d'accord. Mais, me direz-vous, dans les écoles que nous rêvons, les professionnels seront dirigeants, les programmes seront faits par eux, l'Etat se contentera de nous envoyer de l'argent. Quelle illusion ! Si l'Etat donne un sou pour créer une place, il aura trois fonctionnaires pour la prendre. Le mot de Beaumarchais, depuis cent ans, est encore vrai : « C'est un calculateur qu'il fallait dit-il, dans le *Mariage de Figaro*, c'est un danseur qui l'obtint ». Si l'école de Lyon était fondée par l'Etat, vous verriez que ce serait un danseur qui serait à sa tête !

Mais je vois que vous êtes convaincus ; nous avons des confrères qui sortent des laboratoires scientifiques et qui savent ce que valent les vues de l'esprit à côté des faits d'expérience ; eh bien nous vous apportons les faits d'une expérience de 18 ans.

Peut-être dans un grand nombre d'années y aura-t-il un Etat idéal qui tiendra compte des vœux des simples citoyens, écoutera les professionnels et nous permettra de suivre nos vues, mais, jusque-là, les dentistes feront bien de créer eux-mêmes les écoles dentaires et de les faire vivre de leur propre initiative [1]. Nous avons commencé il y a bientôt 20 ans, jeunes dentistes sans notoriété et sans situation, par un petit appartement modeste, puis cela s'est développé ; maintenant nous faisons figure, nous avons pignon sur rue, le progrès s'est réalisé, bien lentement,

---

1. C'est ainsi du reste que sont constitués les hôpitaux civils à Lyon. Ils s'administrent eux-mêmes par le moyen d'un Conseil d'administration indépendant, tout comme les écoles dentaires parisiennes.

direz-vous ; mais s'il vous faut attendre la bienveillance de l'Etat, ce sera encore plus long. Croyez-moi,vous avez à Lyon, qui est la 2me ville de France, suffisamment de ressources ; vous avez aussi ce que nous n'avions pas, c'est-à-dire, la science et, à votre tête, un homme dont la notoriété est établie, mais qui hésite, doutant de lui comme l'oiseau qui n'est pas encore sorti de son nid doute de la force de ses ailes.

Permettez-moi de constater combien il est curieux que ce soit nous qui venions vous demander de créer une école concurrente ; mais c'est que nous n'avons pour but que les progrès de notre profession et que ce sera une source d'émulation, de stimulation pour tous les dentistes de France. Aussi, en terminant, je salue l'Ecole dentaire lyonnaise, fondée par l'Association des dentistes du Rhône et de la région !

Le discours de M. Godon, prononcé d'une voix chaleureuse, est interrompu par de fréquents applaudissements, et l'orateur reçoit à la fin les félicitations d'un grand nombre de congressistes.

M. Siffre, qui prend ensuite la parole, demande que l'enseignement dentaire soit divisé en deux parties : l'enseignement général, qui serait donné par les Facultés de l'Etat, et l'enseignement spécial qui serait donné par les professionnels et auquel seront admis les chirurgiens ou les docteurs.

M. Beltrami (de Marseille) se rattache aux idées de M. Martin. Il est un point parfaitement établi : tout le monde veut que l'enseignement soit professionnel. On pourrait laisser aux professionnels la direction de leurs écoles,mais il importe de mettre celles-ci à l'abri par l'intervention de l'Etat. L'existence des Écoles dentaires libres est une période d'évolution, mais elle n'est pas le dernier mot du progrès. Il s'est formé un petit groupe d'hommes qui ont mis en lumière la profession par ses efforts prolongés, il ne s'agit pas de jeter un voile sur leur gloire. M. Dubois a d'ailleurs émis les mêmes idées au Congrès de Bordeaux. M. Godon lui-même disait qu'à une certaine époque l'annexion des Ecoles dentaires aurait pu avoir lieu si un groupe n'avait apporté des barrières. Pourquoi cette annexion ne serait-elle pas possible maintenant ? La reconnaissance par l'Etat des Ecoles dentaires aurait un autre avantage. Pour Paris, il n'y aurait rien à changer ; mais un jour où l'autre il faudra créer une école en province parce que le nombre des dentistes sera forcément élevé dans un certain laps de temps, on sera donc en présence d'élèves qui voudront avoir à proximité une école : c'est ainsi que pourra se produire la décentralisation. Si l'on veut établir des écoles en province, on ne pourra le faire sans l'Etat. A Paris, le petit groupe a pu s'adresser à la province en même temps qu'à Paris. Il y a une condition

essentielle pour fonder des écoles, c'est l'argent ; or d'où viendra l'argent en province ? Il sera impossible d'avoir dans une ville de province les fonds nécessaires.

M. Ducournau fait valoir le profit que l'on tirerait de l'intervention de l'Etat. Nous voyons, dit-il, des élèves, refusés dans nos écoles, et acceptés par l'Etat.

M. Lecaudey. — Nos écoles sont fondées, d'après la loi de 1875 qui a rendu l'instruction supérieure libre. Nous avons le droit d'instruire les élèves, mais c'est l'Etat qui, en dernier lieu, donne sa sanction au moment des examens. Nous avons des inspecteurs qui sont de l'Université. Nous pouvons fonder autant d'écoles que nous voulons, mais il y a toujours l'Etat qui vient apporter sa sanction comme examinateur, cela suffit. Rien n'est donc à changer de ce qui existe.

M. d'Argent. — Il est inutile de prolonger la discussion, car M. Godon nous a parfaitement édifiés. M. Beltrami a dit que l'enseignement pourra gagner à être officialisé ; mais cette situation existe virtuellement. Comme l'a dit M. Lecaudey les inscriptions que prennent nos élèves sont vérifiées par l'Etat, nous devons, de par la loi, posséder un personnel ayant un minimum de connaissances suffisantes, des laboratoires et tout ce que nécessite l'instruction de nos élèves ; si le Gouvernement nous a imposé ces devoirs, il nous a accordé une certaine valeur, alors que demander de plus ? Il y a un vœu que je voudrais voir émettre : c'est qu'il y eût égalité dans la valeur, et que, fût-on docteur ou simple dentiste, la place fût accordée au mérite. En ce qui concerne ce que disait M. Ducournau, ce fait se passe aussi dans les écoles de l'Etat qui se déjuge lui-même et qui, après avoir admis une année un candidat, le refuse l'année suivante. » Je me rallie donc entièrement aux idées de M. Godon : « Nous avons, dit-il, le bonheur d'être maîtres chez nous, gardons cette prérogative. »

M. Ravet (de Lyon) demande quels moyens on emploierait pour empêcher la création des écoles libres quand celles qui existent seraient officialisés, et, en second lieu, si l'Etat donnerait un enseignement supérieur à celui que l'on donne dans les écoles libres actuelles, quand on le voit créer pour ses propres écoles des examens contre lesquels nous sommes unanimes à protester.

M. Godon répond en substance : tous les citoyens sont censés connaître la loi ; quelques-uns de nos confrères paraissent ignorer la loi sur l'enseignement : si l'Etat créait des écoles, il ne lui appartiendrait pas de supprimer l'enseignement libre, des écoles libres pourraient encore exister et se multiplier ; le remède

ne serait donc pas de créer des écoles d'Etat. De plus, comme a dit M. Ravet : « L'Etat est intervenu une seule fois chez nous pour nous faire des programmes contre lesquels nous ne faisons que protester parce qu'ils ne répondent pas à l'esprit de notre enseignement. » Maintenant il y a encore deux grandes objections contre lesquelles l'orateur s'élève : quand même on fonderait des écoles d'Etat, les écoles inavouables pourraient se créer, et cela plus facilement même, car elles auraient l'apparence de donner certaines parties de l'enseignement que ne donnerait pas l'Etat. Le remède? C'est d'émettre un vœu tendant à ce que les différentes sociétés professionnelles mettent à l'ordre du jour de leurs réunions la recherche des moyens administratifs ou autres propres à empêcher cet abus et qu'elles se fassent protéger par les lois. Quant à la question d'appui matériel, l'orateur ne méconnaît point les difficultés de créer une école sans fonds suffisants ; mais rien n'empêche, pour fonder une école à Lyon, de demander une subvention à l'Etat, à la ville et au public, subvention qui est toujours accordée, sinon pour l'Ecole, au moins pour le dispensaire dentaire gratuit qui y est adjoint. C'est ainsi qu'à Paris le Conseil municipal, notamment, subventionne les Ecoles dentaires : « Nous n'avons, dit-il pour terminer, aucune arrière-pensée, nous vous prêterons notre concours le plus assidu parce que vous travaillerez avec les mêmes aspirations que nous-mêmes, dans un but noble et élevé. Je ne doute pas que, grâce à l'appui que vous aurez de toutes parts, vous ne puissiez réussir tout en conservant tous vos droits. Je vous demande donc avec le plus grand regret de repousser le vœu de M. le Dr Martin. »

Le vote à l'appel nominal et à bulletins secrets ayant été demandé, il y est procédé : par cinquante voix contre sept et trois bulletins blancs sur soixante votants, le vœu de M. Martin est repoussé. De nombreux applaudissements accueillent le résultat de ce vote.

On examine ensuite les deux vœux de *M. Godon*. Celui-ci fait remarquer que le premier semblerait adopté de par le vote que le Congrès vient d'émettre, car il stipule l'enseignement par les associations professionnelles et non par l'Etat. Néanmoins, le premier vœu de M. Godon, concernant la création des écoles dentaires, est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Le second vœu de M. Godon, relatif aux modifications à apporter aux décrets et arrêtés concernant l'art dentaire, est également adopté.

Le vœu de *M. Queudot* soulève une petite discussion. *M. Ravet* fait remarquer qu'il y a une certaine anomalie à adopter ce vœu

avant la création des nouvelles Écoles dentaires. On pourrait simplement le prendre en considération.

M. Lecaudey fait remarquer à son tour que le vœu de M. Queudot est en contradiction avec le vote émis par le Congrès sur le vœu de M. Martin, puisqu'il tend à ce que l'instruction scientifique du dentiste soit donnée par les Facultés de médecine, c'est-à-dire par l'Etat.

M. Siffre demande au contraire d'adopter ce vœu, car, suivant lui, il serait ridicule d'enlever à l'Ecole de médecine le soin de donner aux dentistes l'enseignement général scientifique.

Suivant *M. Martinier*, le vœu de M. Queudot n'offre pas d'avantages sérieux : les étudiants en médecine qui veulent devenir dentistes, après la seconde année, peuvent suivre, dit-il, notre enseignement technique, cela répond donc au vœu de M. Queudot. De plus, les Écoles dentaires recherchent pour leur enseignement le concours de professeurs des Facultés pour leur enseignement médical ; par conséquent c'est donner aux dentistes toutes les garanties au point de vue scientifique.

M. Lecaudey déclare que l'Ecole dentaire n'a pas besoin de demander aux Facultés de médecine l'enseignement que l'on peut avoir dans les Ecoles dentaires.

M. Sauvez dit qu'adopter le vœu de M. Queudot ce serait aller à l'encontre du vœu de M. Godon.

M. Godon ne se déclare pas partisan du vœu de M. Queudot : « Nous avons, dit-il, emprunté l'enseignement scientifique à des agrégés et nous avons ainsi conservé notre autonomie ; le vœu de M. Queudot pourrait empêcher l'Ecole lyonnaise de conserver la sienne. On peut diviser l'enseignement en deux parties, mais il ne faut pas se lier d'avance par une obligation envers l'Etat. »

Le vœu de M. Queudot, mis aux voix, est repoussé à l'unanimité moins une voix.

Le vœu de *M. le Dr Guillot*, approuvé par la Commission des vœux, est adopté à l'unanimité.

Enfin le vœu de *M. Poinsot* est repoussé.

L'examen des vœux qui n'ont pas trait à l'enseignement met en question tout d'abord le vœu de MM. Viau et Godon, qui est ainsi conçu :

« Le Congrès dentaire national de Lyon exprime le désir que l'article 26 du décret du 23 novembre 1889, relatif à la dispense de deux années de service militaire accordée aux ouvriers des industries d'art, soit complété par l'adjonction d'une des deux rubriques suivantes: *Ouvriers fabriquant des appareils de précision et de chirurgie dentaire* ou mieux *ouvriers mécaniciens-dentites.* »

M. Viau a la parole. Il annonce que ce vœu qui a été adressé

par lettre détaillée au ministre de la Guerre, a été publié par les journaux professionnels et soumis aux sociétés professionnelles. La lettre a été également communiquée à un maître des requêtes au Conseil d'Etat. Celui-ci l'a approuvée et l'appuiera auprès de M. le Ministre qui statuera en dernier ressort. Mais il est d'avis que la demande appuyée par le Congrès aurait encore plus de poids.

Le vœu est adopté.

Le vœu de l'Association générale des dentistes du Sud-Est de la France, tendant à ce que la question du traitement de la carie dentaire au 3e degré soit mise à l'ordre du jour du Congrès international, est renvoyé à l'examen du bureau central, qui s'occupera de ce Congrès.

M. Chapot (de Nice) demande qu'il soit nommé un comité de fédération des sociétés professionnelles, pour s'occuper de l'organisation des Congrès. Ce vœu est renvoyé au comité déjà chargé de la proposition Stévenin et dont M. Queudot est rapporteur.

M. Beltrami a déposé trois vœux: le premier vœu tendant à ce que la Commission des vœux soit prise dans les trois bureaux par parties égales.

M. Godon déclare que la Commission le rejette, ainsi que le troisième vœu tendant à ce que le bureau non régional soit nommé par les membres provinciaux la veille du jour où se fera l'ouverture du Congrès. Quant au second vœu, tendant à ce que l'admission des membres ne soit définitive qu'après appréciation des bureaux central et local réunis dans la ville la veille du Congrès, la Commission est d'avis de l'adopter.

Le second vœu de M. Beltrami est adopté.

Celui-ci s'explique sur ses deux autres vœux. On a créé les trois bureaux: central, régional, et extra-régional pour répondre à l'idée que toutes les fractions du Congrès soient représentées et que ces bureaux totalisent tout ce que pense le Congrès. Si le bureau non régional n'est pas nommé par les membres provinciaux, ceux qui le composeront seront nommés parmi les membres provinciaux plus ou moins connus du bureau central, par conséquent le bureau extra-régional ainsi nommé pourra ne pas fournir, aux yeux des membres provinciaux, toutes les garanties nécessaires. Maintenant, pour nommer ce bureau, il faudra le faire la veille de l'ouverture du Congrès pour obliger ceux qui voudront voter à être présents et à adhérer à la nomination.

M. Godon répond que ce qui a guidé la Commission, c'est que le bureau central étant nommé par tous les congressistes, le bureau non régional pourrait être également nommé par tous les congressistes, mais c'est là le seul argument que la commission a à opposer à M. Beltrami et il n'insiste pas.

Ce vœu est adopté.

En ce qui concerne le premier vœu de M. Beltrami tendant à ce que la Commission des vœux soit prise dans les trois bureaux par parties égales, les explications fournies par M. Beltrami sur le vœu précédent justifient celui-ci.

Néanmoins, *M. Godon*, au nom de la Commission, rejette absolument ce vœu : les trois bureaux peuvent n'être pas constitués la veille du Congrès. D'ailleurs c'est un suffrage au second degré, le suffrage universel est meilleur.

M. Siffre se range à l'avis de M. Beltrami : l'adoption de son vœu permettra à tous les congressistes d'être représentés et il ne faudra pas deux heures pour nommer la Commission des vœux.

M. Ravet se déclare adversaire du vœu de M. Beltrami.

Celui-ci retire son vœu.

M. Godon propose d'émettre un vœu au sujet du service militaire des dentistes tendant à ce qu'il soit créé le titre de chirurgien-dentiste de l'armée.

Ce vœu est adopté.

Le vœu de *M. Durand* (de Lyon) ainsi conçu : « Le secrétaire de l'Association des dentistes du Rhône, à la suite de réclamations au sujet de la prothèse clandestine faite par certains mécaniciens, demande au Congrès quelles mesures il y aurait à prendre, pour donner satisfaction à ceux de nos confrères à qui cette concurrence porte préjudice. »

M. Godon déclare que la Commission a pensé que les mécaniciens qui ont le droit de faire de la prothèse ne sont répréhensibles que lorsqu'ils sortent du domaine de leur profession et tombent alors sous le coup de l'article de la loi sur l'exercice illégal de la médecine.

M. Durand dit qu'il ne demandait au Congrès qu'un avertissement fraternel aux mécaniciens.

La séance est levée.

*
* *

Les séances du **13 et 14 août au matin** ont été consacrées à des

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES.

Une brillante exposition avait été organisée dans la salle des Pas-Perdus de la Faculté et avait attiré l'attention de tous les congressistes : *la maison Reymond* (de Lyon) présentait entre autres objets intéressants et nouveaux : 1° un vulcanisateur dont le couvercle demeure attaché à la bride et, par ce fait, reste toujours en place ; le couvercle se ferme par le moyen d'une vis avec clef en

forme de roue, ce qui maintient exactement l'occlusion. A ce vulcanisateur est annexé un manomètre régulateur à gaz ; 2° une tablette entièrement aseptique en verre et métal blanc ; 3° un élégant crachoir colonne avec réservoir aseptique. Ce crachoir est en nickel avec intérieur en verre le garnissant complètement jusqu'à la base ; 4° divers appareils à stériliser permettant de rendre aseptiques les instruments après chaque opération ; leur faible volume les rend en outre très commodes ; 5° une machine à fraiser portative et un tour de cabinet combinés, le tout pouvant s'emballer dans une boîte.

La Société chimique des usines du Rhône, de Lyon, exposait des appareils en métal et en verre servant à l'anesthésie locale : 1° des tubes qui contiennent un mélange de chlorure d'éthyle et de chlorure de méthyle, appellé Kélène méthyle pour les tubes métalliques et Kélène pour les tubes en verre ; 2° l'or de Genève, extrêmement malléable, pour aurifications dentaires. Grâce à cette malléabilité, il pénètre à merveille et sans effort dans les plus petites cavités de la dent, d'où une grande adhérence et par suite une grande solidité des aurifications. Il supprime presque totalement l'emploi du maillet automatique ; l'opération se fait à l'aide du fouloir convexe, par simple pression à la main, et dure environ six fois moins longtemps que quand elle est faite avec l'or en feuilles. En résumé, résistance plus grande des aurifications, suppression du maillet, économie considérable de temps, tels sont les avantages obtenus par l'emploi de cet or chimiquement pur. 3° un certain nombre de produits pharmaceutiques : iodoforme, collodion, résorcine, acide salycique, gutta-percha, cocaïne, menthol, naphtol, etc., etc. ; 4° des tubes stérilisés contenant des produits médicamenteux et permettant un nouveau mode d'application de ces produits par jet, ce qui les fait pénétrer dans tous les interstices. Mentionnons également les lance-parfums Redot.

M. Souel (de Lyon) présentait : 1° un moteur dont le faible volume et le poids réduit n'entraînent pas une installation compliquée. Ce moteur fonctionne dans tous les sens, s'accroche où l'on veut. 2° un accumulateur fermé, à joints de caoutchouc, ce qui le rend parfaitement étanche pour le transport. Pour éviter le grimpement des sels, on a ménagé une petite cuve remplie d'huile lourde. La cuve est en ébonite, ce qui la rend moins fragile.

M. Mamelzer (de Paris) présentait une presse, préconisée par M. Amoëdo, pour serrer les moufles dans une casserole d'eau bouillante, même sur le gaz, de façon à gagner du temps dans le travail. Le moufle est progressivement serré selon l'amollissement du caoutchouc, et celui-ci glisse ainsi dans tous les interstices. Le

volant qui est annexé à la presse est démontable, ce qui permet d'éviter l'échauffement des doigts : on n'a qu'à le mettre sur la presse au moment où on veut la serrer. La contre-plaque qui serre le moufle monte verticalement avec deux rainures, pour éviter d'entraîner le moufle comme dans les presses ordinaires.

M. Ott (de Paris) présentait, au nom de la maison Kölliker : 1° un réflecteur à acétylène donnant une intensité de lumière considérable ; 2° des appareils de cataphorèse avec les électrodes nécessaires actionnés par des piles sèches ; 3° un tour d'atelier électrique marchant directement au courant électrique de la Ville, à cent dix volts.

M. Lemonier (de Nice) présente : 1° un maxillaire inférieur muni de toutes ses dents, trouvé à Nice, près du Cirque Romain dans des fouilles faites pour établir les fondations de l'hôtel Régina. Ce maxillaire peut dater de plus de deux mille ans, d'après les poteries trouvées près des débris. Il sera déposé au musée de l'Ecole dentaire de Paris.

2° des anomalies dentaires consistant en canines à double racine, exostoses d'une molaire, racines déviées, une racine palatine très longue d'une grosse molaire supérieure, une canine avec développement horizontal.

Les démonstrations pratiques ont été très suivies. Celles de *M. Martin* sur le travail du caoutchouc dissous et sur la fabrication et la pose des appareils de prothèse immédiate a soulevé de la part des assistants très nombreux une approbation unanime. Cette démonstration comptera comme un des grands succès du Congrès [1].

M. Martin présente plusieurs malades porteurs d'appareils de prothèse (maxillaires supérieurs, maxillaires inférieurs, etc.), et confirmant l'efficacité de sa méthode.

M. Godon communique les indications de la cataphorèse.

M. d'Argent démontre sur des malades l'usage de la réfrigération comme anesthésique local. Il se sert du *coryl*, qu'il emploie depuis six ans. Avant de procéder à l'anesthésie des gencives et des dents des malades qui lui sont confiés par M. le Dr Guillot et de faire les avulsions indiquées, M. d'Argent fait un exposé complet de l'anesthésie locale dentaire par le *coryl*, qui consiste en un mélange *homogène* de chlorure de méthyle et de chlorure d'éthyle tel que le point d'ébullition du composé soit 0°. C'est grâce à cette *homogénéité* du mélange que M. d'Argent a obtenu les excellents résultats que chacun a pu constater.

1. Nous reviendrons sur cet intéressant travail.

Après cet exposé M. d'Argent procède à l'anesthésie des racines d'une molaire inférieure et extrait ces racines sans que la malade, cependant émotive, fasse entendre la moindre plainte. Sous cette bonne impression le sujet réclame l'enlèvement de la deuxième molaire inférieure droite, fortement cariée, et M. d'Argent, déférant à sa demande, fait une seconde application de *coryl* et retire la dent avec un égal succès.

Plusieurs malades sont ensuite amenés et opérés à leur plus grande satisfaction.

M. d'Argent rappelle alors les divers autres usages du *coryl* et il insiste tout particulièrement sur son efficacité dans le traitement de la dentine hyperesthésiée.

Chacun sait combien l'excision de l'ivoire sensible est pénible pour le patient, et quel est l'embarras de l'opérateur chargé de le préparer pour une aurification.

En procédant de la manière suivante, M. d'Argent obtient des résultats parfaits :

1° Placer ou non la digue, suivant l'exposition de la cavité à la salive ;

2° Faire couler une petite quantité de *coryl* dans une cupule et y tremper une boulette de coton ;

3° Placer cette boulette avec les presselles dans la cavité (Le malade manifeste un certain malaise mais supporte très bien ce contact) ;

4° Suivant la durée de l'excision, renouveler ce coton une ou deux fois, ou mieux, diriger dans la cavité un mince jet de coryl ;

5° Exciser la cavité sans trop de hâte ; l'insensibilité durant près de 30 secondes ;

6° Projeter de l'eau froide avec la seringue, afin de régler le réchauffement de la dent glacée.

Quelques opérateurs ont manifesté la crainte d'une action irritante sur la pulpe ; l'auteur déclare que, sur plus de trois cents cas, il n'a jamais eu un accident de ce genre, ni d'aucune sorte, et que la cavité ainsi traitée est, en outre, mieux aseptisée que par n'importe quel moyen.

M. d'Argent se sert d'un tube spécial d'émission *de son invention*. Cette pièce annexe permet la manœuvre du coryleur d'une seule main, dans une position naturelle et favorable qui rend l'emploi de l'appareil réfrigérateur d'une simplicité élémentaire.

M. d'Argent présente ensuite son porte-empreinte à courant d'eau froide, muni des derniers perfectionnements qu'il y a apportés. Ce porte-empreinte comprend un double fond de peu d'élévation, ce qui n'augmente pas sensiblement son volume. Grâce

à un cloisonnement ménagé dans l'espace compris entre les cuvettes du porte-empreinte, l'eau est contrainte de circuler dans toutes les parties de l'appareil et répand simultanément sa fraîcheur dans toute la masse de godiva.

Le temps employé pour une empreinte est diminué de moitié, et le creux est durci avant sa sortie, ce qui empêche toute déformation.

Il est inutile d'insister sur les avantages précieux qui résultent d'empreintes exactes. Tous les praticiens présents sont unanimes à approuver le procédé qui leur est soumis et assistent à une prise d'empreinte qui donne des résultats parfaits

M. Nagy (de Genève) fait plusieurs aurifications à l'or de Genève. La principale recommandation faite par l'éminent praticien suisse pour se servir de cet or est la suivante : au début de l'aurification, faire la pression avec beaucoup de douceur afin de pouvoir bien ramasser les molécules de l'or ; une fois ceci obtenu, on peut employer toute sa force pour la condensation de l'aurification et continuer ainsi jusqu'à la fin de l'opération. Il faut soigneusement tenir fermées les boîtes contenant cet or pour éviter la poussière et prévenir, au moment de l'opération, tout contact de l'or avec une substance médicamenteuse. M. Nagy emploie les fouloirs convexes et recuit légèrement l'or avant de s'en servir. L'inaltérabilité de cet or le met à l'abri des actions chimiques de la bouche.

M. V. de Trey (de Bâle) fait des aurifications avec l'or Solila. Cet or est avantageux au point de vue de la rapidité de l'exécution. Son avantage se manifeste spécialement dans les cas de grandes cavités ; les points de rétention ne sont pas nécessaires comme pour l'aurification faite avec la feuille d'or. Les surfaces se font très facilement avec l'or Solila n° 3 qui s'emploie également pour les contours à cause de sa malléabilité. Les surfaces restent intactes et les contours ne se détériorent pas. M. de Trey recommande l'emploi des n°s 2 et 3 pour l'aurification générale.

M. G. Ott montre la dorure des instruments par le chrysol. Voici, d'après lui, les avantages de cette substance : « Le chrysol est une solution pour la dorure sans pile des métaux. Son emploi a bien vite éveillé l'intérêt des médecins et des chirurgiens, car ce moyen de dorer si simple et si rapide devient d'une grande importance pour eux, puisqu'il leur permet non seulement de remettre à neuf leurs instruments en quelques instants, et en même temps de les désinfecter d'une manière parfaite. Les instruments dorés au chrysol présentent la sécurité des instruments en or, l'or employé dans la fabrication de ce produit et déposé par lui étant au 1000/1000, et par conséquent chimique-

ment pur. M. Roux (de Lausanne) notamment l'emploie d'une façon courante.

En art dentaire ce nouveau moyen de dorer les instruments présente également une très grande utilité. Les dentistes peuvent, sans piles, ni installation spéciale par simple immersion de quelques secondes dans un bain de chrysol, dorer une foule de leurs instruments (daviers, porte-empreintes, tire-nerfs, miroirs, excavateurs, lancettes, spatules, précelles, clamps, sondes, etc., etc.).

L'emploi de la solution au chrysol rendra également des services pour les appareils de redressement et pour les pièces de prothèse en métal, d'autant qu'il est des plus faciles de redonner une couche d'or, lorsque celle-ci sera usée ou détériorée.

Cette dorure est très résistante. La beauté et la solidité du résultat obtenu, la facilité et la rapidité presque instantanée de l'opération font de cette dorure une récréation plutôt qu'un travail ».

M. C. Ruegg (de Bâle) fait plusieurs anesthésies générales au chlorure d'éthyle. Dans notre compte rendu de la séance du 14 août, après-midi, nous mentionnerons les observations suggérées par ses anesthésies, le procédé de M. Ruegg ayant fait l'objet d'une communication de sa part.

Tous les démonstrateurs, d'un talent et d'une dextérité supérieurs, ont été fort remarqués pour la rapidité du travail et la perfection de l'exécution.

*
* *

La **séance du 14 août, après-midi**, a été consacrée à diverses communications.

M. Ravet (de Lyon) fait une communication sur

UNE NOUVELLE MÉTHODE TRÈS INGÉNIEUSE DE COMPTABILITÉ

à l'usage des dentistes et sur la création d'un répertoire signalétique. Cette méthode, qui réduit de beaucoup les écritures, consiste en des fiches d'une disposition spéciale, que l'on classe ensuite dans un casier; chacune de ces fiches est une feuille de carton mince imprimée au recto et au verso ; au recto est exposée la question dentaire, au verso la comptabilité. Le nom du client est inscrit en haut, au recto, puis quatre subdivisions dont la première indique par des chiffres 1, 2, 3, 0, la solvabilité plus ou moins grande du client ; la seconde le degré d'exactitude aux rendez-vous ; la troisième les travaux à proposer ; la quatrième le rabais ; chacune est signalée par les mêmes chiffres que dans la

première subdivision. Au-dessous, deux grandes subdivisions avec huit colonnes, indiquant chacune les huit dents de chaque mâchoire. Dans chacune de ces colonnes on mentionne, par des signes spéciaux, le travail fait à la dent qui correspond à cette colonne. Le verso est divisé en quatre colonnes dont la première porte la date, la deuxième le prix, la troisième le rabais et la quatrième les observations. Ces fiches sont classées dans deux casiers comprenant chacun vingt-cinq divisions correspondant aux vingt-cinq lettres de l'alphabet. Dans le premier casier, on classe, par lettres alphabétiques, les clients dont les travaux sont terminés, mais non payés. Chacune des vingt-cinq divisions est elle-même subdivisée en sept divisions secondaires, qui correspondent aux sept jours de la semaine. Ces sept jours indiquent les jours de rendez-vous et l'on classe ainsi la fiche d'un client non seulement à sa lettre respective, mais au jour auquel le dentiste lui a donné rendez-vous. Comment retrouver un client qui n'a pas payé et qui, revenant après une longue absence, nous cache son nom pour n'être pas reconnu ? Pour cela, M. Ravet préconise un classement spécial qui permet de retrouver le client par le signalement de l'état de sa dentition. Ce sont encore des fiches dans chacune desquelles sont indiqués les travaux faits par le dentiste et l'état de la dentition. Chacune de ces fiches concerne un client qui n'a pas payé, et, lorsque celui-ci revient, l'examen de sa bouche permet de le reconnaître grâce aux fiches ainsi disposées. L'auteur croit que l'on créera ainsi un livre noir en publiant ces dernières fiches dont les noms des clients auraient été effacés.

M. Siffre demande si, devant la justice, cette comptabilité aurait de la valeur car, en justice, c'est un Grand-Livre et une comptabilité ordinaire que l'on réclame.

M. Ducournau demande si, au point de vue légal, les dentistes sont obligés d'avoir une comptabilité.

M. Berret (de Montpellier) communique trois observations de

CHUTE SPONTANÉE DES DENTS DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE

C'est là, suivant l'auteur, un symptôme de l'ataxie qui se rencontre plus fréquemment qu'on ne l'a dit. M. Berret rattache ce symptôme aux troubles trophiques qui, dans le tabès, atteignent souvent les os et peuvent par conséquent atteindre les maxillaires. Ceux-ci deviennent le siège d'une ostéite raréfiante, que la présence des dents et le milieu particulièrement riche en microbes de la bouche aggravent en favorisant l'inflammation et la suppuration. La lésion commence au niveau des bords alvéolaires, qui peu à peu s'émoussent, par disparition des cloisons alvéolaires; les dents

absolument saines, sans aucune altération de la racine ou de la couronne, s'ébranlent les unes après les autres, et leur chute est souvent suivie d'expulsion de séquestres qui sont dus à l'élimination de fragments nécrosés des mâchoires.

Tels sont les causes et le mécanisme de cette chute spontanée des dents, dont l'observation s'ajoute à celles que l'on a mentionnées dans les différentes diathèses.

L'examen de ces trois observations, concernant, la première un homme de quarante-six ans, la seconde un homme de cinquante-cinq ans et la troisième un homme de quarante-deux ans, montre que la chute des dents survient alors que les dents sont absolument saines et qu'elle arrive à dénuder une mâchoire en totalité; que la mâchoire supérieure est plus fréquemment atteinte que la mâchoire inférieure, et les trois observations viennent à l'appui de ce fait; enfin, que ce symptôme se rencontre aussi bien sans autre trouble visuel, auditif, olfactif ou de phonation, puisque, dans une seule de ces observations, la vision était abolie et que, dans toutes les trois, il n'y avait rien du côté des autres organes des sens.

Le traitement est très limité, le plus souvent il est impossible d'enrayer la chute des dents. Il semble toutefois que des soins attentifs, la désinfection de la bouche, l'extirpation des séquestres en voie d'élimination aient une influence heureuse sur les troubles trophiques et retardent la chute des dents. Dans certains cas où l'on observe des symptômes de périodontite expulsive, l'acide chromique doit être employé.

M. J. Tellier remercie M. Berret au nom du Congrès de l'intéressante communication qu'il vient de faire. On connaît en outre des exemples de troubles trophiques dans l'hémiplégie où l'on a constaté une chute spontanée des dents du côté paralysé. Il s'agit là de troubles trophiques du trijumeau, troubles qui peuvent se localiser soit sur l'œil soit sur les dents. Ces troubles débutent par les procès alvéolaires, par l'atrophie de ces procès ; la pyorrhée alvéolaire n'est que secondaire. Nous observons donc d'abord des lésions sous-gingivales et la gencive est saine ; plus tard, elle peut être atteinte lorsque les articulations le sont elles-mêmes. Le traitement indiqué par M. Berret est donc le traitement de la période ultime. Quelquefois la pyorrhée ne se produit pas, les procès alvéolaires disparaissent plus ou moins et les dents tombent sans qu'on sache par suite de quel processus. Pour la première période atrophique, l'orateur ne sait quel traitement instituer; il faudra attendre pour cela que le traitement de l'ataxie soit bien établi. L'orateur a observé un cas de chute spontanée sans cause, chez un médecin à Genève, sans pyorrhée ; aucun traitement n'a pu enrayer le processus.

M. Bonnaric (de Lyon) signale également deux cas personnels. Il a employé, dans un cas analogue à celui de M. Berret, et avec succès l'acide sulfurique et l'eau oxygénée, puis le carbonate de soude. Il y avait suppuration.

M. J. Tellier ajoute que, si l'on observe la chute des dents chez des tabétiques, il n'est pas nécessaire que ce soit par trouble trophique ; les tabétiques peuvent faire de la pyorrhée pour toute autre raison. Chez certains ataxiques la première phase atrophique peut donc manquer, puisque M. Bonnaric ne l'a pas observée.

M. Beltrami adresse une petite critique à M. Berret : dans ses observations celui-ci n'a pas noté avec soin l'état de l'inflammation de la gencive. De plus, dans un cas, on pouvait songer au mal perforant buccal, dont M. Berret n'a pas dit un mot.

M. C. Ruegg (de Bâle) fait ensuite une communication très intéressante sur

LE CHLORURE D'ETHYLE COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL.

Le Dr Thiesing (de Hildesheim), qui s'est, un des premiers, occupé de l'application du chlorure d'éthyle à l'art dentaire, avait déjà constaté que l'anesthésie se faisait rapidement, la respiration restait normale, le réflexe conjonctival ne disparaissait pas. L'anesthésie durait assez longtemps pour permettre facilement dans tous les cas l'extraction de deux dents, et, dans un cas, l'extraction de cinq dents solidement implantées. Thiesing avait mentionné également l'absence de la phase d'excitation. Plusieurs auteurs ont également constaté les bons effets du chlorure d'éthyle comme anesthésique général. M. Ruegg, avant d'en faire l'essai sur l'homme, a fait une série d'expériences sur le chien, expériences dont il rend compte et dont les résultats sont les suivants : le réflexe conjonctival disparaît au bout de trois minutes environ; dès qu'on cesse l'inhalation, après la dilatation de la pupille, l'animal se réveille promptement; la pression sanguine qui augmente par inhalation de vapeurs non concentrées, est due à une dilatation des vaisseaux, l'augmentation de pression par inhalation de vapeurs concentrées est due à une activité plus grande du cœur ; quelquefois on observe l'opistotonus, phénomène qui s'est également manifesté chez deux malades ; chez l'animal, on peut maintenir une anesthésie superficielle pendant assez longtemps par des vapeurs non concentrées, tandis que des vapeurs concentrées donnent la mort en peu d'instants par asphyxie. Ce fait est très important,car il sera nécessaire de régler l'inhalation de façon à ne pas faire parvenir au patient des vapeurs concentrées. Les observations de M. Ruegg sur lui-même et sur les malades montrent la rapidité de l'anesthésie, le prompt réveil et

l'absence de troubles consécutifs ; aucune altération sensible du pouls et de la respiration, rarement une phase d'excitation ; dans trois cas, dont deux concernant des enfants, il y eut des vomissements, mais jamais d'accidents appréciables ; bref il s'agit d'une substance inoffensive pour des opérations de courte durée.

Dans ses démonstrations, l'auteur s'est servi d'un appareil en métal nickelé comprenant à sa partie inférieure un réservoir contenant la substance narcotisante et relié à un entonnoir, qu'on place sur le visage du malade, par un tube auquel est annexée une vis réglant la quantité de vapeur destinée à être inhalée. D'après ces démontrations, on a pu remarquer en effet que l'anesthésie survenant au bout de quelques minutes était superficielle, mais permettait néanmoins l'extraction de plusieurs dents sans douleur, le réveil était rapide et non pénible.

M. Beltrami fait quelques petites remarques sur cette observation ; il lui a bien semblé qu'on n'arrive pas à la véritable période d'anesthésie ; dans l'anesthésie ordinaire, le malade passe par une période d'excitation qui ne manque jamais et après laquelle se fait le relâchement musculaire. Dans l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, au contraire, le malade s'est rendu compte du manuel opératoire sans souffrir d'ailleurs. En outre M. Ruegg a fait quelques réserves sur l'innocuité de cette substance, enfin la question de son prix plus modique ne doit pas entrer en ligne de compte.

M. Nagy (de Genève) fait remarquer qu'ayant assisté, au Congrès de Zurich, à un grand nombre d'anesthésies par le chlorure d'éthyle, il a vu que l'anesthésie était parfaite.

La communication de *M. Michaëls*, également intéressante et fort bien documentée, s'ajoute à toutes celles qui ont été faites au sujet de

L'INFLUENCE DES DIATHÈSES SUR LES ALTÉRATIONS DENTAIRES

et éclaire cette question sous un jour tout à fait nouveau et spécial. Il s'agit ici de l'abrasion chimique des dents, phénomène qui survient sans cause apparente, mais qui est d'origine diathésique. Ses caractères varient à l'infini dans leur forme, et le résultat en est la destruction plus ou moins profonde des tissus dentaires. L'abrasion est rarement douloureuse au début de l'affection, mais parfois la perte de substance de la dent est si considérable que la sensibilité se manifeste. D'autres fois il y a sensibilité extrême dès le début. Les surfaces de l'abrasion sont généralement lisses et polies, et n'étaient leurs bords vifs et leur forme particulière, on pourrait les confondre avec les altérations

par cause mécanique. L'abrasion est localisée à la surface labiale de la couronne et siège habituellement sur les dents antérieures.

La cause immédiate de cette destruction doit être rattachée à la salive dont les altérations, dues précisément aux diathèses, déterminent des combinaisons chimiques dissolvantes. Au sujet de ces diathèses, l'auteur insiste sur la distinction qu'il faut établir entre les hyperacides et les hypoacides : ainsi, chez les hyperacides (goutteux et rhumatisants), les uréides acides dérivés existent dans la salive, d'où des manifestations sur les dents. Chez les hypoacides, la série créatinique est manifeste et imprime aux dents des caractères tout spéciaux, la carie dentaire est alors très rapide. Aussi, d'après ses observations et ses études sur la salive, l'auteur est-il obligé de reconnaître d'autres causes que les micro-organismes producteurs de la carie dentaire.

Ce sont ces principes salins, que l'on rencontre dans la salive des diathésiques et que l'on peut déceler et étudier par le microscope et le polariscope, qui, par leur action dissolvante, détruisent molécule par molécule la surface dentaire, celle-ci ne présentant aucune apparence d'altération par nécrose. Un grand nombre de ces principes, comme les uréides acides et les sulfocyanures, forment des composés solubles avec les bases contenues dans les tissus dentaires, d'où la destruction facile de ces derniers.

Le traitement est dirigé contre l'hyperesthésie des surfaces abrasées. L'auteur recommande pour cela le chlorure d'antimoine en badigeonnages sur la surface de l'érosion, en évitant de toucher les gencives. Quant à la prophylaxie de l'abrasion chimique, elle consiste en un traitement local et général capable de modifier la diathèse. Il sera possible d'arrêter la destruction d'une dent par l'ignipuncture des glandules labiales au moyen du thermocautère de Paquelin. Quant au traitement général, il consiste dans une modification de régime alcalin, pour les hyperacides notamment.

M. Tellier fait observer que déjà, dans un mémoire publié dans *L'Odontologie* en 1896, M. Michaels avait développé des études sur la pathogénie des affections dentaires au cours des diathèses; M. Michaëls apporte aujourd'hui de nouveaux faits, mais cette voie n'est pas encore entièrement parcourue. M. Michaels a demandé qu'une commission soit nommée pour vérifier les faits, qu'il était impossible de démontrer à toute une assemblée. Cette commission, à laquelle appartenaient MM. Sauvez et J. Tellier a vu quelques préparations de salives diathésiques où ceux-ci ont pu constater la présence de principes signalés par M. Michaëls et notamment l'oxalate d'ammoniaque. Le temps a

manqué pour se rendre compte d'un plus grand nombre de faits, mais l'orateur engage M. Michaëls à continuer ses recherches qui permettront de savoir un jour la pathogénie exacte des altérations diathésiques dentaires.

M. Martinier fait, à son tour, une communication très appréciée sur

LE PROGNATHISME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ET SON TRAITEMENT

Il a obtenu dans un cas très compliqué un résultat tout à fait satisfaisant. Quoique certains dentistes doutent des résultats que l'on peut obtenir dans le cas de prognathisme, l'orateur affirme qu'ils sont possibles pour les déviations localisées à la partie antérieure, surtout du maxillaire supérieur. Il cite son observation[1] qui concerne une jeune fille âgée de 15 ans. En terminant il soumet les modèles en plâtre du cas qu'il présente, ainsi que l'appareil en place dont il s'est servi dans ce cas. Cette démonstration provoque l'approbation de tous les membres présents.

M. Godon exprime ses félicitations pour l'heureux résultat obtenu par M. Martinier. Le redressement du prognathisme de la mâchoire supérieure est très difficile, surtout au point de vue du maintien. Il y a une chose principale à remarquer dans l'observation de M. Martinier : c'est le mode de pression. Cette pression étant constante et déterminée par un caoutchouc d'une grande force, on peut craindre que ce caoutchouc n'exerce une traction trop énergique ; M. Martinier a d'ailleurs constaté l'existence d'une gingivite. M. Godon emploie un fil d'or passant en avant des dents antérieures avec une plaque de caoutchouc vulcanisé s'appliquant sur le palais. Le fil d'or fait ressort et exerce une pression sur les dents antérieures que vient compléter une vis de traction. Avec cet appareil on obtient également un bon résultat, quoique moins rapidement, mais l'orateur n'est pas partisan d'une action rapide ; dans les cas de ce genre il faut aller lentement.

Enfin, à propos de la communication de M. Martinier, il désire que la terminologie en ce qui concerne la classification des anomalies dentaires soit revue et qu'un accord intervienne à ce sujet.

M. Godon dépose alors sur le bureau un

APPAREIL A EXTENSION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

L'extension est obtenue par des vis agissant sur des leviers métalliques plats contournant les dents à leur face interne.

1. Que nous insérerons prochainement.

M. Lecaudey dit qu'il est fâcheux que M. Godon n'ait pas apporté le modèle du cas auquel a été appliqué l'appareil qu'il préconise.

M. Martinier répond à M. Godon. En ce qui concerne la force employée pour le redressement, M. Godon s'est prononcé plutôt pour les vis et contre l'élastique: cependant ce dernier exerce une force continue, qui peut être toujours modifiée et réglée, tandis que, avec les vis, qui exercent une force intermittante, ces avantages ne se réalisent pas. Avec celles-ci on n'est pas toujours sûr de déterminer exactement la force appliquée, dont on se rend mieux compte avec les élastiques, qui sont de différentes longueurs et analogues à ceux employés pour l'écartement des dents, et dont la puissance peut être encore modifiée suivant leur épaisseur. Avec la vis, la force, l'action, ne se manifeste que quelques instants, tandis qu'avec l'élastique, la traction est continuelle, L'orateur dit qu'il ne faut pas être exclusiviste ; il ne réprouve pas l'usage de la vis, mais il ne l'emploie que pour des cas spéciaux où son choix est indiqué. Quant à la gingivite, il l'a en effet signalée, mais on ne pourra pas citer de cas où celle-ci n'existe ; on ne peut l'empêcher puisqu'on agit sur la gencive en la repoussant ; mais avec son appareil il n'y a pas d'étranglement et la gingivite est très légère et ne résiste pas à un traitement approprié, tandis que cet étranglement se produit toujours avec l'appareil cité par M. Godon. Pour la terminologie que désire M. Godon, M. Martinier la désire également, surtout pour faciliter les études dentaires. Il cite l'exemple de la classification de Magitot dans laquelle les anomalies de disposition comprennent : les anomalies par continuité ou par disjonction (réunion ou divisions anormales des follicules dentaires) et les rapports anormaux des arcades dentaires entre elles. Enfin, à propos de l'appareil de M. Godon, M. Martinier déclare qu'il a appliqué tous les appareils extenseurs et qu'il n'a obtenu qu'un nombre assez restreint de résultats complètement satisfaisants pour le maxillaire inférieur.

M. Godon demande de mettre au nombre des projets de rapports dont s'occupera le Bureau central la classification des anomalies dentaires. Il ajoute, au sujet de la force à employer, qu'il n'est pas non plus exclusiviste et qu'il n'est pas partisan exclusivement des vis.

La proposition de M. Godon est renvoyée au Bureau central.

SUR UN CAS D'OSTÉO-PÉRIOSTITE GÉNÉRALISÉE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR ENLÈVEMENT DE NOMBREUX SÉQUESTRES, CONSERVATION DES DENTS, GUÉRISON COMPLÈTE

M. Adnot fils (de Marseille). — Il s'agit, dans ce cas très intéressant, d'une malade de 21 ans, observée par l'auteur le 21 juin 1898 et atteinte d'ostéo-périostite généralisée du maxillaire inférieur avec douleurs violentes au niveau de tout le maxillaire et irradiations dans les deux oreilles. Le traitement par une sangsue au niveau du rebord gingival de la canine gauche inférieure, sur la face externe du maxillaire avec cataplasmes, ayant été institué par un médecin et n'ayant donné aucun résultat, l'auteur, consulté, prescrit immédiatement le traitement ordinaire : badigeonnages iodés, pointes de feu, lavages antiseptiques. Mais la maladie continue à évoluer. Les ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens, déjà fortement congestionnés, suppurent et s'abcèdent, laissant des orifices de trajets fistuleux. Sur le rebord gingival s'ouvrent d'autres trajets fistuleux assez nombreux. La malade continua pendant plusieurs mois les lavages antiseptiques de la cavité buccale, lorsqu'en examinant avec la sonde les trajets fistuleux, l'auteur arriva sur diverses portions osseuses absolument dénudées. Il enleva d'abord divers petits séquestres limités au rebord gingival. Puis, constatant de nouveaux séquestres à la base et au niveau de l'angle de la mâchoire et des deux côtés, il pria M. le Dr Pantalon de se charger de l'opération. Celle-ci consista dans l'enlèvement des séquestres ; presque toute la face externe et la base du maxillaire étaient nécrosées de chaque côté ; de petites esquilles osseuses furent extraites par la voie buccale. Les suites de l'opération furent bonnes, la cicatrisation se fit rapidement, les trajets fistuleux se fermèrent, et les dents conservées se consolidèrent. Cette observation paraît démontrer que, malgré la perte d'une grande partie des parois alvéolaires, il ne faut pas se hâter de pratiquer l'extraction des dents compromises et qu'on peut toujours espérer, chez un sujet ayant une certaine vitalité des tissus, une consolidation complète.

M. Siffre présente un petit dispositif qui s'adaptera au davier destiné à remédier, par une méthode rapide, à l'antagonisme inverse. M. Siffre est convaincu que lorsqu'on a un traumatisme qui dure six mois, on a une infection dont l'intensité est en proportion directe, et qui est infiniment plus considérable que pour un traumatisme d'un jour ; de plus, avec l'emploi d'un appareil à traction continue, on ne peut obtenir une asepsie absolue, surtout si le traitement est prolongé. L'orateur a observé, dans ces conditions, trois cas de pyorrhée alvéolaire.

M. Martinier répond à M. Siffre pour défendre la méthode lente. Il n'y a aucun danger d'infection avec elle lorsqu'on recommande les soins d'hygiène nécessaires. Quant au redressement brusque préconisé par M. Siffre, il n'est pas exempt de dangers, dont le moindre est la fracture alvéolaire du bord plus ou moins étendue et il faut en prendre toute la responsabilité; pour sa part, M. Martinier n'oserait l'employer sans qu'il y eût un grand nombre d'observations pour donner confiance à l'opérateur, surtout au point de vue des résultats éloignés.

M. Siffre fournit les indications du redressement brusque. Il a obtenu des succès dans vingt-six cas. Le soir même, l'enfant mange avec sa dent et il n'éprouve pas de douleur.

M. C. Tellier communique un

CAS TRÈS SÉRIEUX D'HÉMORRHAGIE DE LA MACULA

consécutive à une extraction dentaire. Il s'agit d'un malade qui, après l'extraction d'une dent, a été atteint de cécité de l'œil gauche. L'examen ophtalmoscopique fit voir qu'on avait affaire à une hémorrhagie maculaire. L'auteur rapporte cet accident à l'artério-sclérose ou à des lésions vasculaires quelconques, le malade étant paludéen et syphilitique ; l'extraction dentaire n'a été que la cause occasionnelle de l'accident.

M. Lecaudey dit qu'on observe souvent au contraire des troubles oculaires guéris par l'extraction.

M. Pont (de Lyon) revient sur les troubles oculaires et il parle des troubles auditifs à la suite d'une extraction, dans une communication remarquable. Ces troubles oculaires et auditifs s'observent en effet à la suite d'extraction, mais les affections dentaires ellesmêmes peuvent en être la cause, la périostite, par exemple, chez l'enfant, surtout pendant la première enfance. Maheux dans sa thèse en a signalé deux cas. Chez l'enfant, on observe la conjonctivite simple ou la conjonctivite avec blépharosplasme, ce qui fait croire, dans le premier cas, à la rougeole au début, et, dans le second cas, à la méningite au début, et on peut ainsi faire des erreurs de diagnostic si l'on n'est pas averti. Le traitement de la dent fait disparaître les accidents. Chez l'adulte, les accidents oculaires ne sont pas rares, on observe surtout la conjonctivite, la photophobie, la suppuration de l'orbite par propagation, des troubles de la vue pouvant aller jusqu'à la cécité. M. Pietkiewicz l'a signalée, en même temps que des troubles auditifs pouvant aller jusqu'à la surdité. Ces derniers sont surtout fréquents dans les lésions dentaires de la mâchoire inférieure; on croit alors à une maladie de l'oreille et on peut commettre là encore des erreurs de diagnostic.

Tous ces troubles apparaissent en même temps que l'affection dentaire ou après celle-ci, ils ne peuvent donc dépendre que d'elle. Ils ne présentent pas de symptômes spéciaux permettant de les distinguer des troubles oculaires ou auditifs de cause locale ; enfin, ils disparaissent comme par enchantement après l'avulsion, si celle-ci est faite assez tôt, sinon les troubles anatomiques persistent, par exemple la sclérose du tympan qu'on a signalée. Tels sont les principaux caractères de ces troubles.

Leur cause n'est pas unique ; dans certains cas il s'agit de propagation, dans d'autres il s'agit de troubles d'ordre réflexe.

Cette communication marque la fin des travaux du Congrès. *M. Cl. Martin*, au nom du bureau local, en quelques paroles émues, remercie de nouveau les congressistes : « En même temps que vous vous connaissiez tous, dit-il, vous appreniez à vous estimer davantage. C'est sur cette parole que nous vous saluons. »

Néanmoins, il reste à nommer le président du futur Congrès, la Commission de publication composée de cinq membres, le nouveau bureau central composé de six membres, les présidents d'honneur et à fixer le siège et la date du futur Congrès.

M. Queudot déclare que le président du futur Congrès est tout indiqué : c'est M. Claude Martin. D'unanimes acclamations accueillent cette nomination.

En ce qui concerne le siège du futur Congrès, *M. Godon* fait remarquer qu'on n'a pas encore été ni dans le nord, ni à l'ouest ; Dans le nord, on pourrait choisir Lille, à l'ouest, Nantes ou Rouen.

La déterminatiou du siège du prochain Congrès est renvoyée au Comité central.

La réunion des trois bureaux, nommera le Comité de publication [1].

M. Queudot demande la confirmation de MM. Lecaudey, Michaëls, Damain et Godon, « ces quatre vétérans de nos Congrès », comme présidents d'honneur. Cette confirmation est approuvée à l'unanimité.

Au bureau central, les candidats sont les suivants : MM. Queudot, Sauvez, d'Argent, Martinier, Viau, Ducournau, Chauvin, Lemerle et Siffre.

Sont nommés au vote : MM. Queudot, Sauvez, d'Argent, Martinier, Viau et Siffre. MM. Richard-Chauvin et Lemerle suppléants.

Sur la proposition de *M. Godon*, la date du Congrès sera fixée entre la deuxième quinzaine du mois d'août et la fin de septembre 1899.

---

1. Il est composé de MM. Queudot, Godon, Martinier, Siffre et Viau.

M. Lecaudey, prononce quelques paroles pour clore la séance. Ainsi se termine ce Congrès dont les travaux, fort nombreux et fort intéressants, comme on a pu le constater, ont fait la lumière sur un grand nombre de points et contribué aux progrès de l'art dentaire.

BANQUET

Le banquet du Congrès a eu lieu à Charbonnières-les-Bains, petite localité pittoresque située à une heure de la ville de Lyon. Dès sept heures et demie arrivaient au Casino les congressistes qu'avaient amenés des voitures d'excursion. Le chemin parcouru n'a pas été un des moindres attraits de cette fête. La promenade, le long des bords de la Saône notamment, a émerveillé tous les yeux. Le brillant orchestre du Casino se fait entendre tandis que les congressistes se rendent dans le salon principal où avait été dressée la table. Une illumination splendide, des vases reluisants chargés de fleurs, la salle tout entière magnifiquement décorée, tout contribuait à l'éclat de cette réunion inoubliable. La plus grande cordialité n'a cessé de régner pendant toute la durée du repas, les conversations ont naturellement porté sur les questions si débattues dans les séances qui venaient d'avoir lieu et, tout le monde alors se trouvait être d'accord. La présence de M. le Dr Girard, maire de Charbonnières, gracieusement invité, a été fort remarquée et fort appréciée. Plusieurs toasts ont été portés.

M. Lecaudey exprime, au nom de ses confrères de Paris, les sentiments de gratitude qu'il éprouve pour l'accueil qui leur a été fait : « Je bois, dit-il, tout d'abord à la belle ville de Lyon, seconde cité de France, qui nous a fait un si aimable accueil, dont nous avons tous été touchés. Je bois aussi à l'union française de tous les dentistes. En même temps que le développement de notre art, le Congrès a pour but l'union de tous ses membres, je bois à la prospérité de l'art dentaire. » De nombreux applaudissements couvrent la voix du vénérable orateur.

M. le Dr J. Tellier se lève ensuite : « Notre président M. Cl. Martin, dit-il en substance, un peu surmené, me prie de prendre la parole au nom du bureau local ; mais si ma voix est moins autorisée que la sienne, elle n'est pas moins sincère pour vous remercier de votre empressement à répondre à notre appel ; c'est à cet empressement que nous devons la réussite de ce Congrès. Nous remercions également nos confrères étrangers qui nous ont apporté l'appui de leur savoir, nos confrères de province et nos confrères de Paris, qui tous sont venus à Lyon dans la pensée de se connaître et de s'estimer. Nous devons un hommage tout particu-

lier à votre vénéré doyen, M. le Dr Lecaudey, pour lequel nous professons tous une sympathie si profonde. (Applaudissements.) Nous regrettons l'absence de M. le professeur Arloing, mais nous saurons trouver l'occasion de lui témoigner notre reconnaissance. Celle-ci s'adresse également à M. le Dr Girard, maire de Charbonnières qui a bien voulu nous honorer de sa présence. Tous nos remerciements aux représentants de la Presse. Je bois au succès des Congrès futurs.

M. Queudot prend ensuite la parole : « Ma première pensée, dit-il, est une pensée de gratitude envers les dentistes du Rhône qui ont épuisé par leur accueil si hospitalier tout ce que la solidarité peut inspirer de sentiments fraternels. Lyon, par sa position, par le mérite incontesté de ses praticiens, était un centre bien désigné pour la réunion de ce Congrès. L'assistance si nombreuse qui s'y presse en est une preuve éclatante : de tous les points de la France, tous sont venus y apporter leur concours ; c'est un témoignage éclatant en faveur du mouvement scientifique qui s'y manifeste. » L'orateur montre l'utilité des Congrès, d'où ressort une notion plus exacte, plus claire, plus logique de la vérité, et rend hommage aux rapporteurs qui ont puissamment contribué à l'éclat de cette dernière : « Je salue, s'écrie-t-il en terminant, les praticiens qui ont apporté leur science à une si noble cause, je salue également ceux qui se sont lancés jusqu'aux sommets pour aller à la vérité. J'ai foi dans le génie bienfaisant des Congrès, et, en buvant à la belle et noble cité qui nous a si bien accueillis, j'entends aussi boire aux organisateurs du Congrès. » De nombreux applaudissements soulignent ces deux toasts.

M. Godon se lève. Avant de parler, il est salué par les applaudissements de toute la salle : « Je vous remercie, dit-il des marques de sympathie que vous venez de me témoigner, je remercie nos confrères lyonnais, et tous nos confrères de province, au nom de nos sociétés parisiennes. Dans le cours de mon voyage, j'évoquais avec Sauvez le Chemineau, de Richepin, et c'était un symbole pour nous : nous étions les chemineaux qui avions entrepris d'aller de ville en ville porter la bonne parole professionnelle. Mais quand nous sommes arrivés dans ce pays, on pratiquait déjà la solidarité que nous venions préconiser, nous arrivons trop tard, nous avons trouvé des confrères unis, qui nous ont bien reçus, qui nous ont donné la preuve de leur sympathie ; nous les prions de se joindre à nous pour les besognes futures, car si l'union existe ici, il n'en est malheureusement pas encore de même dans toutes les villes de France. Cette grande union sera l'œuvre des Congrès futurs. Je dirai, pour terminer, comme Richepin fait dire à son chemineau : Va, idée, chemine, chemine à travers la France pour te

répandre et dissiper l'antagonisme qui existe encore et pour fonder la grande famille professionnelle de notre pays ! » Une ovation enthousiaste est faite à M. Godon à la fin de ce discours.

M. Beltrami fils, au nom des dentistes régionaux, joint ses félicitations à celles qui ont déjà été exprimées aux dentistes lyonnais pour le charmant accueil dont ils ont été l'objet.

M. le Dr Girard remercie les congressistes en termes spirituels et aimables de leur venue à Charbonnières et de l'honneur qu'ils lui ont fait de le convier à cette charmante fête.

M. Siffre rend hommage à l'activité de M. le Dr Reboulet, qui a droit à toutes les félicitations pour la bonne organisation de l'excursion et du banquet.

M. Nagy, au nom des dentistes étrangers, exprime sa gratitude aux membres du Congrès et à l'honorable président, M. le Dr Lecaudey.

Enfin *M. René Laufer* porte un toast, au nom de la Presse médicale scientifique.

Il signale l'indépendance qui a marqué les discussions, constate que chacun des congrès dentaires est une étape vers la vérité et rappelle les efforts faits par la profession dentaire pour conquérir la science, efforts que M. le professeur Arloing a pris plaisir à signaler. En terminant, il lève son verre au succès des revendications professionnelles.

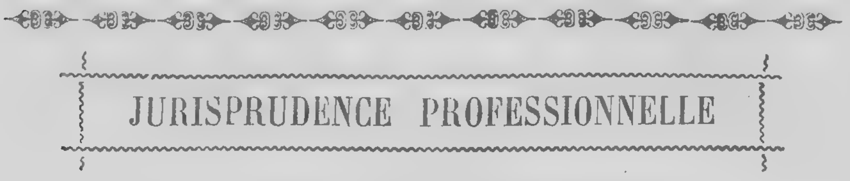
Après le banquet, qui s'est terminé vers 10 h. 1/2, les congressistes se sont rendus à la terrasse du Casino où le café avait été servi. Un grand nombre sont montés dans les superbes salles de jeux d'où la vue s'étend sur une grande étendue de Charbonnières. L'aspect en est féerique. Le retour a lieu par les voitures qui ont amené les congressistes. En somme, soirée inoubliable qui a donné au Congrès un charme infini.

*
* *

Enfin, mentionnons le charmant déjeuner offert aux bureaux, par *M. le Dr Lecaudey* à l'hôtel Collet et Continental. La presse avait été gracieusement invitée. M. Lecaudey a reçu ses hôtes avec sa bienveillance si touchante et sa bonne grâce habituelles. C'était là, comme a dit M. Queudot, une communication à sa façon ; chose curieuse, cette communication n'a soulevé aucune discussion, mais des applaudissements et des acclamations.

Ensuite, *M. le Dr Cl. Martin* se lève et, d'une voix émue, remercie, au nom de tous les dentistes lyonnais, les congressistes d'être venus aussi nombreux apporter leur concours aux assises de 1898, et il lève son verre à la santé des congressistes et à la réussite du Congrès de 1899.

Un grand nombre de congressistes ont pris part aux excursions qui avaient été organisées au Mont-Revard et à Aix-les-Bains, avec réduction de 50 0/0 sur les frais de voyage. Ils en ont rapporté d'excellentes impressions.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE

(7e ch. suppl.)

Présidence de M. AUBRY[1].

Audience du 5 juillet 1898.

DENTISTE. — DENTIER. — DISCUSSION SUR LE PRIX. — ACOMPTES VERSÉS. — DEMANDE EN RESTITUTION. — JUGEMENT DE JUSTICE DE PAIX. — CONDAMNATION. — APPEL. — DEMANDE EN PAIEMENT. — CONCLUSIONS. — DEMANDE NOUVELLE. — REJET. — CONFIRMATION DU JUGEMENT DE JUSTICE DE PAIX.

Mlle L..., après avoir commandé à son dentiste dix dents au prix de 15 francs l'une, s'était ravisée et avait manifesté le désir d'avoir de préférence un dentier, pour la confection duquel elle avait donné sa signature et versé 250 francs d'acomptes. Le dentier terminé, M. S... lui avait présenté sa note s'élevant à 780 francs. Mlle L... avait refusé de la payer, prétendant que le prix avait été fixé à 350 francs. Elle avait assigné ensuite M. S... devant le juge de paix du seizième arrondissement de Paris en restitution des acomptes versés. Condamné par défaut, M. S... interjeta appel de la décision rendue contre lui et par voie de conclusions réclama le paiement de ce qui lui était dû.

C'est dans ces conditions que le Tribunal a rendu le jugement que nous rapportons ci-dessous après avoir entendu les plaidoiries de Me *Wesweiller* et *Paisant*, avocats des parties :

« Le Tribunal ;

» Attendu que l'appel de S... du jugement du Tribunal de paix du seizième arrondissement de Paris, en date du 4 juin 1897, qui l'a condamné à restituer à la demoiselle L... la somme de 200 francs, a été interjeté dans les délais ; qu'il paraît régulier et n'est point d'ailleurs critiqué ; que, par conclusions signifiées le 27 juin 1898, S... demande le paiement de la somme de 350 francs pour solde du prix d'un dentier ;

» Au fond ;

» Sur l'appel :

1. Sous la rubrique « Chronique Judiciaire » nous avons publié dans notre numéro du 30 juillet, p. 87, le compte rendu d'une affaire entre une cliente et l'un des virtuoses de la réclame. Nous donnons aujourd'hui, à titre de document, le jugement que nous extrayons de la *Gazette des tribunaux* du 9 juillet.

» Attendu que, sur le rapport de l'expert, en date du 24 mai 1897, qui constate que les prétentions de S... sont exagérées et sa conduite fâcheuse envers sa cliente, le premier juge l'a condamné à rembourser à la demoiselle L... la somme de 200 francs;

» Qu'il est établi que la demoiselle L..., femme de chambre, a versé un acompte de 250 francs sur un dentier commandé à S..., que, d'après elle, le prix approximatif aurait été fixé à 350 francs; que S... ayant exigé une nouvelle somme de 530 francs, élevant ainsi le prix du dentier à 780 francs, la demoiselle L... a refusé de le payer, le prix étant exagéré et en désaccord avec sa situation; que de son côté, S... n'a point livré le dentier; que pour les soins qu'elle a reçus de S..., la demoiselle L..., consentant à lui abandonner 50 francs, a conclu à la restitution de 200 francs; que ses conclusions ont été à bon droit admises par le premier juge;

» Sur la demande en paiement de 530 francs:

» Attendu que cette demande formée par simples conclusions ne saisit point régulièrement le Tribunal; qu'elle constitue une demande nouvelle qui, en la forme, n'est point recevable;

» Par ces motifs,

» Reçoit S... appelant du jugement du 4 juin 1897;

» Au fond, dit qu'il a été bien jugé, mal appelé; dit, qu'en conséquence le jugement dont s'agit sera exécuté suivant ses forme et teneur;

» Déclare S..., purement et simplement non recevable en la forme, en sa demande en paiement de 530 francs; le condamne à l'amende de fol appel et aux dépens. »

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous insérons tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, ainsi que toutes les communications que nous adressent les divers groupements professionnels.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Quelques membres du bureau du Comité d'organisation du Congrès dentaire international de 1900 ont eu pendant les vacances plusieurs entrevues avec divers représentants de l'art dentaire à l'étranger.

Ils se proposent, à la prochaine réunion du Comité, de demander la nomination, pour chaque pays, d'un ou de plusieurs secrétaires correspondants du Comité d'organisation, choisis parmi les confrères partisans dans leurs pays respectifs de l'œuvre des Congrès. Pour la formation des Comités nationaux, le choix en serait laissé aux sociétés professionnelles de chaque pays.

En conséquence, les Confrères étrangers qui auraient des renseignements utiles à donner pour le succès du Congrès et en particulier sur la composition du Corps professionnel dans leurs pays respectifs, sont priés de les adresser avant le 1er octobre au président, M. Ch. Godon, ou au secrétaire général M. le Dr Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.



NOUVELLES

Le Consul général d'Autriche-Hongrie, chargé par son gouvernement de faire une enquête sur la réglementation de l'art dentaire en France, est venu visiter l'Ecole dentaire de Paris.

M. Bonnard, professeur de service, lui a fourni tous les renseignements nécessaires, lui a fait visiter en détail les locaux et lui a remis divers documents qui doivent servir à la rédaction d'un rapport à fournir au gouvernement austro-hongrois.

Nous apprenons que depuis le 15 août, l'importante maison de fournitures dentaires P. Périé fils, de Toulouse est transférée pour cause d'agrandissement, 44, allée Lafayette.

On lit dans le *Journal Officiel* du 5 août :

A l'occasion de la distribution des prix des écoles du 11e arrondissement, sous la présidence du ministre de la marine, et par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 30 juillet 1898, a été nommé :

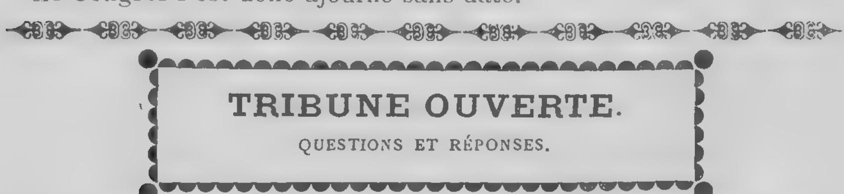
Officier d'académie.

M. Saumur (Désiré-Adolphe), chirurgien-dentiste à Paris.

Un Congrès de naturalistes et de médecins polonais devait se tenir à Posen du 1er au 4 août et aurait compris des membres appartenant à la Pologne russe, à la Pologne prussienne et à la Pologne autrichienne.

Le gouvernement prussien a avisé le Comité d'organisation que, seuls, les Polonais du Royaume y seraient admis, mais que les étrangers qui s'y présenteraient seraient expulsés.

Le Congrès s'est donc ajourné sans date.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 17. — *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes produits par la vulcanisation ?*

? N° 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte : plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs, et pour les conserver ainsi juqu'au moment de leur emploi ?*

LI-GA-MAN.

? N° 46. — *Existe-t-il un ouvrage sur le traitement de l'*aluminium *et sur son application à l'*art dentaire ?

? N° 50. — *Le* protoxyde d'azote liquéfié, *contenu dans une bouteille en acier déjà entamée, s'altère-t-il? En cas d'affirmative, au bout de quel laps de temps?* Dr A. R.

? N° 51. — *Quel est le fabricant de l'*angle universel *pour machine à fraiser?* Dr G.

? N° 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur* Barbe *tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'Aide-Mémoire de* P. Dubois? *R. B.*

? N° 65. — *Connaît-on un procédé pour empêcher la dilatation des rondelles en caoutchouc pour succions? Mes confrères ont-ils le même inconvénient que moi, qui suis obligé de les changer tous les deux mois ?* *E. B. de C.*

? N° 66. — *Un de mes patients, jeune homme de 21 ans, voit depuis deux ans ses gencives supérieures se couvrir constamment d'un enduit pâteux collant, finement granuleux. Cet état s'accompagne d'une sécheresse des lèvres avec légères crevasses. Quelle est l'étiologie de cette affection et que puis-je faire pour la combattre ?* *Dr S.*

? N° 68. — *Un mécanicien dentiste* non patenté *peut-il acheter un cabinet et l'employer en y plaçant un opérateur diplômé?*

☞ *Réponse.* — Le manque de place nous force à ajourner à notre prochain numéro la consultation que notre collaborateur spécial nous a remise à ce sujet.

? N° 69. — *Un chirurgien-dentiste peut-il vendre des produits tels que : mixture contre le mal de dents, eau dentifrice, poudre dentifrice dont les formules ne sont pas inscrites au* Codex,

1° *Sans risquer de commettre le délit d'exercice illégal de la pharmacie ;*

2° *Sans risquer une augmentation de la patente par l'adjonction d'un commerce à sa profession?*

J. Lemière.

☞ *Réponse.* — Le chirurgien-dentiste peut vendre à sa clientèle des élixirs, des pâtes, des savons, des poudres dentifrices sans risquer de commettre un délit. La jurisprudence de la Cour de cassation a établi qu'on ne doit considérer ni comme remèdes ni comme médicaments les préparations simplement hygiéniques (c'est le cas des dentifrices), qui sont aussi bien du domaine du parfumeur que de celui du pharmacien.

Cependant, comme le fait très judicieusement remarquer mon collègue Stévenin (*L'Odontologie*, p. 293, 1895), aujourd'hui que le règne de l'antisepsie incite à introduire des substances plus actives: salol, acide phénique, acide thymique et autres, dont la plupart sont des poisons, il se pourrait que les dentifrices dans lesquels on aurait introduit des substances antiseptiques ne fussent plus cette fois considérés comme *produits hygiéniques*, mais comme médicaments. Alors, peut-être y aurait-il délit, car le comité consultatif d'hygiène, à la demande du ministre de l'Intérieur, a émis l'avis (19 juillet 1893) que la vente des produits antiseptiques devait être interdite à quiconque ne serait pas muni d'un diplôme de pharmacien.

Pour les mixtures contre le mal de dents il n'y a aucun doute. C'est un remède destiné à guérir et, sans examiner s'il y entre des substances toxiques ou caustiques, il est du ressort du pharmacien, c'est lui qui doit le faire et le vendre, et d'accord avec M. Stévenin [1], je pense que le dentiste qui se livrerait à la vente d'un produit semblable commettrait le délit d'exercice illégal de la pharmacie.

Reste maintenant le dernier point. La patente peut-elle être augmentée du fait de la vente de produits hygiéniques ou autres? Certainement non, la patente de pharmacien étant inférieure à celle de dentiste. La seule chose à craindre, c'est le délit précité que l'on commettrait évidemment en vendant des *produits destinés à guérir*.

E. Bonnard.

---

1. *Loc. cit.*

18e ANNÉE. No 17 15 SEPTEMBRE 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

A PROPOS DES EXPERTISES

Au moment où une association de médecins s'occupe de la question des experts, toute d'actualité, il est peut-être bon d'en toucher un mot au point de vue spécial de notre corporation.

Les médecins examinent avec beaucoup de soin, dans les conclusions qu'ils ont dernièrement adressées aux pouvoirs publics, le rôle et le but des experts médicaux, ils protestent contre le peu de garantie d'impartialité que peuvent présenter certaines personnalités choisies d'office, tant sous le rapport judiciaire que sous le rapport technique, ils parlent des cours de médecine légale dans les diverses Facultés, désapprouvent leur peu d'importance et terminent par la demande de nouveaux cours supplémentaires et mieux compris.

Sans donner à la question des experts dentistes une aussi grande extension, il nous semble qu'il est nécessaire de l'examiner minutieusement dans ses détails pour en bien saisir le fonctionnement actuel et en faire la critique.

Cette question doit intéresser tous les membres de notre corporation ; indépendamment des soucis qu'une expertise devant les tribunaux peut donner à chacun de nous, il pourrait résulter dans certains cas d'erreur, d'incompétence ou de partialité de quelques experts, un discrédit qui retomberait sur nous tous, un préjudice moral qu'il est bon d'éviter.

Examinons comment se ferait aujourd'hui une expertise devant la juridiction du juge de paix. Un client pourrait porter une plainte soit pour confection d'appareils défectueux à son sens et ne remplissant pas leur rôle, soit pour majoration prétendue du prix de ces appareils ou au sujet de soins reçus.

Dans le cas d'un litige touchant la technique professionnelle, le client ne manquera pas d'accuser son dentiste d'incapacité ou de négligence, et celui-ci de lui reprocher son impatience ou sa mauvaise foi. Que fera le juge dans ce conflit ?

Trop impartial pour se fier à ses propres connaissances ou à son tact, il aura recours aux lumières d'un expert, bien que le choix de cet expert soit parfois pour lui embarrassant.

Le plus souvent il citera de mémoire un chirurgien-dentiste de sa connaissance, entre autres celui qui donne habituellement des soins à sa famille ou à lui-même. Nous admettons que l'expert ainsi appelé ait dans la question en litige toute l'impartialité qu'exige le devoir judiciaire ; mais sera-t-il agréé par le client soupçonneux ? Celui-ci ne lui reprochera-t-il pas de s'entendre avec son confrère, ou, tablant sur son âge par exemple, n'émettra-t-il pas des doutes sur sa compétence et sa science ? L'opinion du juge éclairée par les deux chirurgiens ne paraîtra pas être au client le critérium de la vérité, et il proclamera partout qu'on

l'a trompé. Le but n'est donc pas atteint. Lorsque le juge consulte le dentiste qui comparaît à la barre pour le choix d'un expert, et c'est un cas très fréquent, la garantie envers le client est encore plus illusoire, et celui-ci ne manquera pas de reprocher à l'expert désigné, qu'il ne connaît pas, son manque d'indépendance, parce qu'il est l'ami de son adversaire.

Dans ces deux modes de choisir l'expert, nous ne voyons pas l'idéal que nous voudrions dans une expertise. Il faut, certes, donner à nos confrères la plus grande sécurité et les moyens de défense les plus étendus ; mais il importe également que le client puisse conserver de cette mesure judiciairement professionnelle une saine opinion de la profession elle-même. Et actuellement, pour l'un comme pour l'autre, nous estimons que les garanties sont trop aléatoires et trop restreintes, l'un pouvant être à bon droit satisfait de son travail, l'autre pouvant aussi s'en plaindre, sans que l'on puisse aboutir à une conciliation ou à un arbitrage.

Dans le cas d'une discussion engagée sur les prix, les mêmes difficultés se présentent avec le choix actuel des experts. Aussi devons-nous nous efforcer de trouver un moyen qui satisfasse à la fois les susceptibilités et les appréhensions du client et les désirs souvent justifiés du praticien, tout en éclairant l'esprit du juge. Dans des débats de cette nature, c'est d'abord vers la conciliation que l'on doit tendre : c'est le devoir du juge et celui de l'expert ; mais celle-ci ne se fera qu'autant que le client acceptera pleinement, sans arrière-pensée, le confrère choisi. Si cette condition n'est pas remplie, c'est à l'arbitrage que l'on doit avoir recours. Mais comment doit-on l'établir ?

Nous étions d'avis dans un temps que le jugement par un syndicat des difficultés entre clients et dentistes

pouvait offrir le plus de garanties, à cause de l'impersonnalité de ce groupement et de la grande place faite à la discussion. Nous reconnaissons aujourd'hui que les inconvénients de ce mode d'expertise seraient trop nombreux et les résultats trop incertains. D'abord le client est en droit de suspecter la bonne foi des syndicats, qui peuvent dans un procès soutenir nos confrères par esprit de corps, et il sera d'autant plus porté à cette hypothèse que dans le débat il reste sans défenseur. D'autre part, la discussion peut s'ouvrir sur le choix du syndicat.

Actuellement la profession en compte trois : deux d'entre eux sont des subdivisions des associations professionnelles, l'autre n'admet parmi ses membres que les chirurgiens-dentistes diplômés de la Faculté de Paris.

Il pourrait donc y avoir embarras du choix, et le client, mécontent d'une solution contraire à son attente, pourrait à tort ou à raison accuser le syndicat de partialité. Mais d'autres considérations d'un ordre plus élevé nous engagent à rejeter les expertises par les syndicats. En général, ce n'est pas l'usage qu'une question litigieuse du ressort de la justice de paix soit renvoyée devant le syndicat professionnel.

On cite bien, il est vrai, le cas du juge de paix du premier arrondissement de Paris, qui s'était adressé à la Société Odontologique pour la nomination de deux experts dentistes chargés de l'étude des affaires regardant notre profession et dépendant de sa juridiction. Mais, outre que ce cas est rare, il montre les incohérences et les impossibilités qui peuvent résulter du recours aux syndicats.

L'organe officiel de la Société Odontologique de France annonce en effet « qu'on décida naturellement de répondre au juge de paix qu'aucun membre de

la dite Société n'avait voulu assumer la charge des délicates fonctions d'expert. » C'est complet !

Lorsque la question litigieuse est portée devant la juridiction du tribunal de commerce de Paris, il est, au contraire, dans les habitudes que les différends professionnels soient renvoyés devant un syndicat. Mais, pour ne parler que des syndicats émanant des écoles dentaires, ces syndicats sont-ils organisés pour remplir ce rôle ? Une question de prothèse dentaire demanderait par exemple à être résolue par deux membres du syndicat professeurs de prothèse, et une question de dentisterie opératoire par deux professeurs de cette branche. Non que nous doutions de la compétence des uns et des autres dans la branche qui ne leur est pas habituelle en matière d'enseignement, mais parce que nous souhaitons en bonne justice enlever aux deux adversaires en présence tout motif de récrimination, toute méfiance injustifiée. Il faudrait donc que les syndicats fussent constitués ad hoc, *c'est-à-dire comprissent deux professeurs de chaque partie et un membre du conseil d'administration par exemple. Suivant qu'il s'agirait de prothèse dentaire ou de dentisterie opératoire, le différend serait résolu par l'un ou l'autre groupe d'experts.*

Mais n'insistons pas sur ces questions trop complexes et essayons d'établir d'une façon logique le moyen le plus simple de constituer une bonne expertise devant la juridiction la plus courante, celle du juge de paix.

Supposons qu'un client se plaigne qu'un appareil ne remplisse pas les conditions désirées ; il n'aura la certitude de ce qu'il avance qu'en allant demander conseil à un autre dentiste.

Si celui-ci désapprouve la manière de voir du client, ce dernier n'a qu'à entrer en conciliation avec son adversaire. Si, au contraire, le dentiste consulté lui donne

raison, il portera la question contestée devant le juge. Ceci étant établi, conformément du reste à la réalité des choses et aux usages, on pourrait éclairer l'esprit du juge en faisant comparaître devant lui le dentiste consulté par le client, en même temps que le chirurgien attaqué, celui-ci amenant en outre un de ses confrères pour le défendre.

Il y aurait donc devant le juge deux hommes compétents, avocats des deux parties ; s'il y avait désaccord entre eux, le juge nommerait un expert quelconque qui les départagerait. L'avantage de ce procédé serait que l'expert arbitre ne devrait plus s'appuyer, ainsi que cela se fait trop souvent aujourd'hui, sur une appréciation rapide et sur les explications du dentiste attaqué, mais encore discuter avec ses deux autres collègues ses conclusions ou les leurs. L'expertise en acquerrait une certitude bien plus grande, et le client une confiance plus effective.

Les objections que l'on pourrait élever contre une telle expertise sont relatives aux frais occasionnés par les trois experts, frais incombant à la partie condamnée. En réalité, ils ne seraient pas plus élevés que ceux des expertises actuelles. Le client, en effet, n'aurait pas à rétribuer son défenseur, car celui-ci deviendrait de par les circonstances son nouveau dentiste ; son adversaire judiciaire n'aurait pas de rétribution à donner à son collègue, qui serait évidemment un ami et alors il ne resterait que les honoraires de l'expert arbitre, comme dans les procès actuels.

Les objections sur la compétence sont insoutenables par la même participation de trois collègues à une discussion technique ; celles sur l'impartialité disparaissent aussi, client et chirurgien ayant chacun leur défenseur éclairé.

Telle est à notre sens, dans le cas évidemment où la

conciliation est impossible, la manière d'établir un arbitrage impartial et compétent. Nous croyons donc trouver en ce mode d'expertise le plus de garanties possibles pour l'un ou l'autre des adversaires, de telle façon que notre confrère puisse compter sur une rémunération équitable de son travail ou de ses soins et que le client, confiant, puisse avoir une idée élevée de notre corporation professionnelle.

N'est-ce pas là le but ?

FRANCIS JEAN [1]
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Travaux Originaux

COIFFAGE EXTEMPORANÉ AU COURS D'UNE AURIFICATION

Par M. Georges Mahé.

La lecture de l'intéressant « *fait de pratique* » que M. M... a rapporté dans un des derniers numéros de *L'Odontologie* m'a rappelé un cas personnel presque analogue et m'a inspiré le désir d'en connaître les résultats éloignés.

Voici ce cas :

J'achevais vers le mois de juin 1894 ma scolarité à l'Ecole et il me manquait sur mon carnet une note d'or mou sur le chiffre exigé. Nous étions à l'avant-veille du jour où nous devions remettre nos carnets, quand j'eus la bonne fortune de trouver une carie centrale de la première molaire supérieure gauche. La cavité était un peu grande, à vrai dire, mais je n'avais pas le choix et je me décidai à l'aurifier. Quoiqu'elle n'eût jamais provoqué de douleur et qu'elle

1. Nous comptons revenir prochainement sur cette question et nous serons reconnaissants à ceux de nos lecteurs qui voudront bien nous adresser leur avis à ce sujet. N. D. L. R.

ne fût le siège d'aucune sensibilité, la pulpe n'était pas bien loin. La cavité était déjà préparée convenablement quand j'eus l'idée malheureuse de parachever cette préparation en enlevant avec une fraise fine un peu de dentine secondaire brunâtre qui en occupait le fond...Un cri de douleur et une gouttelette de sang m'avertirent simultanément que ma fraise était allée trop loin. Je fus atterré, car à ce moment je ne concevais guère qu'une pulpe atteinte pût être bonne à autre chose qu'à enlever, et, je le répète, il me *fallait* aurifier cette dent. Mon hésitation fut donc courte.

Immédiatement j'appliquai sur le tout petit orifice que j'avais pratiqué si maladroitement un tampon d'ouate phéniquée et préparai un ciment clair à prise rapide (du Simon), à la poudre duquel j'avais adjoint une forte proportion de tannin et d'iodoforme. Après avoir lavé à l'eau phéniquée et bien séché la cavité (la digue avait été placée avant l'accident), je coiffai directement la pulpe avec ce ciment. Quelques minutes après j'aurifiai la cavité sans incident.

Je revis la malade quelques jours plus tard, elle ne se plaignait absolument de rien.

A cause des conditions dans lesquelles il s'était présenté, j'avais toujours gardé le souvenir de ce cas.

L'article de M. M... m'inspira un vif désir de savoir ce qu'il en était advenu depuis quatre ans. Je fus assez heureux pour retrouver ma patiente et voici ce qu'elle répondit à la lettre par laquelle je lui demandais des nouvelles de sa dent :

Monsieur, la dent dont vous me parlez est bien une molaire supérieure gauche. Cette dent, depuis que vous me l'avez soignée, ne m'a jamais fait souffrir et est restée telle qu'elle était au lendemain de l'aurification.

Veuillez agréer, etc.

De ceci, il résulte que, M. M..., ayant pratiqué un coiffage extemporané au cours d'une aurification, a eu une mortification de la pulpe un an plus tard, et que moi, qui ai pratiqué la même opération, j'ai au bout de quatre ans une pulpe en bon état.

Est-il possible de tirer de ces deux faits en apparence

contradictoires une conclusion générale? — Je crois que nous avons trop de tendance à une généralisation excessive, quoique commode à la vérité, et à condamner ou à approuver absolument un procédé opératoire.

A mon sens, le cas de M. M... ne prouve pas plus que le coiffage extemporané soit à rejeter dans ces cas d'accidents opératoires, que le mien ne prouve qu'il soit toujours excellent.

Cela prouve seulement que, comme toute méthode thérapeutique, celle-là a ses indications et ses contre-indications.

Comme c'est une opération toute de nécessité et qu'on ne pratique pas couramment, il n'est pas aisé de chercher à préciser ces indications. Aussi ai-je ici plutôt l'intention d'émettre sur ce sujet une opinion théorique que la prétention de poser des règles précises.

Tout d'abord, le *genre* de la dent doit être chose à considérer. Il est évident, ou du moins il me semble tel, que la pulpe de l'incisive de M. M... avait moins de chances de résistance et de réparation que celle de ma grosse molaire, par son volume moindre et par sa nutrition moins bien assurée. Un traumatisme donné peut avoir une valeur relative bien différente, selon qu'il s'adresse à une pulpe petite, dont il peut léser une partie proportionnellement importante, ou à une pulpe volumineuse pour laquelle il sera une atteinte toute localisée.

Les *commémoratifs* aussi seront à interroger. Il va de soi, je crois, que si l'exposition de la pulpe se présente pour une dent dont on avait déjà quelque raison de se méfier auparavant, dont le patient a déjà éprouvé quelques ennuis, même légers et fugaces, qui a montré pendant la préparation une hyperesthésie anormale, il sera prudent de s'abstenir du coiffage, ou tout au moins du coiffage en un temps, et surtout de l'aurification consécutive.

La *qualité* des dents du patient, la *réaction* ordinaire de sa pulpe et de sa dentine, me semble enfin la dernière, mais non la moins importante indication à rechercher. Je pense

que, si l'on a des raisons de croire que la pulpe régisse normalement, et par là j'entends qu'elle remplisse convenablement la fonction qu'elle semble avoir de densifier la dentine selon les besoins, et particulièrement de surcalcifier les points menacés, — on aura tout droit de pratiquer le coiffage immédiat. Et ces raisons, on les tirera d'abord de l'état de la dent en cause. Si son ivoire est dense, évidemment durci par formation secondaire sur les pourtours d'une carie bien limitée, si en un mot la dénudation de la pulpe est plutôt le fait (comme dans mon cas) d'une faute opératoire notoire que d'une disposition pathologique, le coiffage extemporané a des chances de succès. Mais si l'ivoire est friable, si la pulpe n'a pas su envelopper la carie d'une zone plus résistante, si cette carie s'étend sans limites bien précises dans une dentine qu'on peut toujours ruginer un peu, si loin qu'on aille, si l'accident est arrivé en grattant un point de substance dont on ne saurait affirmer s'il était nécessaire de l'enlever ou s'il aurait pu rester sans inconvénient sérieux, dans ce cas, je le crois, l'opération serait au moins téméraire. Ces indications locales pourront trouver une corroboration de haute valeur dans l'état général du système dentaire. Je me souviens fort bien que dans la bouche de ma patiente, quoique les caries ne fussent pas rares, elles avaient toutes été arrêtées au 2e degré (sauf une seule passée au 4e degré) par une forte couche de dentine de formation secondaire, dentine brune et dure. S'il n'y a pas dans la bouche d'autres caries, ce fait sera d'abord un signe de présomption favorable ; et ensuite il y aura toujours cet aspect général des dents indéfinissable sans doute, mais duquel cependant un clinicien quelque peu expérimenté peut tirer quelques indications, approximatives il est vrai, mais souvent justes et parfois précieuses sur l'état de ces organes.

Avec les mêmes réserves, pourrai-je, après avoir parlé des indications, chercher à dire un mot sur deux points de la technique opératoire ?

Quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent nous aurons affaire à

une pulpe infectée. Il était déjà possible qu'elle le fût antérieurement, mais il sera absolument sûr qu'elle le sera après l'accident et par le fait de cet accident. La première chose à faire semble donc, sinon de procéder à une désinfection complète, bien difficile à faire et encore plus à vérifier et à affirmer, au moins de tenter une atténuation des germes que nous aurons des raisons de soupçonner dans la pulpe. Nous devrons avoir recours pour cela à un antiseptique puissant, puisqu'il doit agir vite, et qui ne soit ni caustique ni irritant, cela va sans dire. Il y a quatre ans, j'ai employé le phénol pur. Aujourd'hui je serais plus réservé et me contenterais de maintenir quelques minutes sur la plaie de l'eau phéniquée, à 5 o/o. — Telle est l'indication *théorique*, mais précise cependant. En pratique pourra-t-on toujours s'y conformer? Si l'aurification est déjà avancée, le contact de l'eau phéniquée empêchera toute nouvelle addition d'or. Peut-être dans les cas où la pulpe sera atteinte (comme dans le cas de M. M...) à la partie *inférieure* de la cavité, serait-il possible avec beaucoup de précaution et l'emploi de toutes petites boulettes d'ouate, de limiter le contact du liquide à une petite partie de l'or; puis, après le coiffage, de gratter la partie adultérée avec une petite fraise à taille transversale, comme nous en possédons depuis quelque temps et qui y déterminerait de petites aspérités auxquelles on pourrait accrocher, sinon faire adhérer, les nouvelles couches d'or, qu'on ferait adhérer d'autre part à la partie préservée de l'aurification. Si cette précaution était absolument impossible, je crois que, le cas échéant, je passerais outre et ferais quand même mon lavage phéniqué, parce que : ou l'aurification sera peu avancée et je la sacrifierai, ou elle sera notablement avancée et, dans ce cas, il sera possible d'y pratiquer des points de rétention et de lui superposer, au lieu de la continuer, une nouvelle aurification. Il est évident que c'est là hypothèse pure, et qu'il y a, en tout cas, mieux à imaginer ; mais je crois l'obligation de désinfecter absolue et précise.

Quant à la matière de coiffage, je pense que sa première

qualité doit être celle qu'il est élémentaire et essentiel d'exiger de tout agent thérapeutique : de ne pas être nuisible. En conséquence, je donne aujourd'hui la préférence, quand la pulpe n'est pas manifestement et gravement infectée, à la feuille d'étain stérilisée appliquée sans pression sur l'endroit dénudé.

S'il ne s'agissait que de mettre en contact avec la pulpe un corps aseptique, on pourrait objecter que l'or lui-même ferait aussi bien l'affaire. Peut-être en est-il ainsi, mais on a attribué en outre à l'étain une action particulièrement favorable sur la pulpe et sur sa fonction dentigène. La chose n'est pas démontrée rigoureusement, mais elle est vraisemblable. De plus, l'étain présente sur l'or l'avantage d'être moins bon conducteur des variations thermiques et de rester malléable après avoir été flambé. C'est donc après avoir appliqué sur le point dénudé un fragment de bande ou un cylindre d'étain, selon le cas, fragment stérilisé préalablement à 180°, comme j'en ai toujours de prêts, ou tout au moins soigneusement flambé au moment de l'emploi (et complètement refroidi) que j'établirais ou continuerais mon aurification.

Et maintenant, n'est-il pas possible de dégager de tout ceci une conclusion d'ordre plus général et plus élevé ?

Ne résulte-t-il pas de cette courte discussion que pour nous autres, spécialistes attachés à une petite partie bien étroite et bien limitée de la science médicale, qui sommes, ou qui devrions être, les « observateurs subtils, fervents d'analyse » dont parle, avec une expression si élégante, M. Mendel, il n'y a pas de petites choses, de questions négligeables ?

Le champ de notre activité, de notre observation, de notre étude, est et demeurera, quoi que nous fassions, restreint en étendue. Nous ne saurions chercher à en reculer les bornes, sans danger de les franchir ; mais il nous appartient de le creuser patiemment, de scruter soigneusement et d'analyser en détail chacune des grandes divisions un peu schématiques que nos prédécesseurs nous ont léguées.

C'est par la clinique, c'est-à-dire par l'observation attentive et éclairée que nous y parviendrons. — Est-ce qu'après tout la simple relation d'un fait bien vu, bien compris et bien interprété n'est pas plus instructive, plus intéressante même et meilleure surtout pour le progrès de notre science que ces grandes et laborieuses compilations, où il faut bien répéter un peu ou beaucoup des choses déjà dites, sinon toujours bien prouvées ?

A ce titre, je crois que M. M... a droit à notre approbation et à nos remerciements pour avoir dans sa courte note appelé l'attention sur un point particulier de technique, sans chercher, chose peu commune, à dissimuler un échec. Et nous pouvons seulement regretter qu'il n'ait pas eu de cela une certitude assez grande pour se nommer sans hésitation.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE DE BORDEAUX

Séance du 15 novembre 1897.

Stomatite diphtérique

M. Mongour. — En 1891 MM. Sevestre et Gaston ont décrit une stomatite particulière, caractérisée par l'apparition de petites plaques opalines sur la langue, la muqueuse des lèvres, bien distincte d'après eux de la stomatite ulcéro-membraneuse, de la stomatite aphteuse et à laquelle ils ont donné le nom de stomatite diphtéroïde ; le plus souvent consécutive à des poussées impétigineuses de la face, elle serait due au streptocoque.

Au mois de février 1897, ayant eu l'occasion d'observer un enfant de dix-huit mois qui présenta, à la suite d'une atteinte de croup, quelques heures après une stomatite de ce genre, j'ensemençai la fausse membrane sur du sérum gélatinisé et je fus surpris de rencontrer, en même temps que du staphylocoque, du bacille diphtérique de moyenne longueur. Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'observer huit malades atteints de cette stomatite diphtéroïde et trois fois j'ai trouvé dans le sérum ensemencé avec les pseudo-membranes du bacille de Klebs.

Je vous présente aujourd'hui un nouveau cas de ce genre.

Il s'agit d'une petite fille B... (Marguerite), qui fut atteinte dans les premiers jours du mois de novembre d'une éruption rubéoliforme très éphémère. Trois mois après, comme elle se plaignait d'une salivation abondante et d'une grande douleur à la déglutition, j'examinai sa bouche. Je constatai alors, sur la pointe de la langue et à la face interne de la muqueuse de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure, trois petites plaques de stomatite, larges à peine comme une tête d'épingle. Etat général médiocre. Pas de fièvre. Pas d'engorgement ganglionnaire. Comme pour les cas précédents, j'ensemençai l'une de ces petites fausses membranes sur sérum gélatinisé; l'examen, fait par M. le professeur Ferré, montra des colonies presque pures de bacilles de Klebs longs. Je pratiquai alors une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique et, dès le lendemain, je pus observer le détachement de ces fausses membranes tel qu'il se produit dans la diphtérie pharyngée; un traitement local rigoureusement suivi pendant cinq jours n'avait amené aucune amélioration. Quelques heures après l'injection, l'enfant redevenait gaie, demandait à manger.

Aujourd'hui (quatre jours après l'injection faite le 11 novembre), vous ne constaterez plus qu'une légère rougeur représentant la place des fausses membranes.

Ce fait et les autres analogues, au sujet desquels j'ai adressé une note à l'Académie de médecine (9 novembre 1897), me paraissent des plus intéressants.

Ils démontrent tout d'abord que cette prétendue spécificité de l'angine diphtéroïde de MM. Sevestre et Gaston, angine à staphylocoques, n'existe pas. Cliniquement, il n'est du reste pas possible de séparer cette stomatite diphtéroïde des stomatites aphteuse, ulcéro-membraneuse et diphtéritique. Si, dans leurs ensemencements, MM. Sevestre et Gaston n'ont trouvé que des staphylocoques, c'est qu'ils se sont servis de milieux franchement défavorables à la culture du bacille de la diphtérie (milieux glycérinés) ou peu favorables à la végétation de ce bacille (agar, gélose). J'ajouterai même que les milieux dont ils se sont servis étaient presque exclusivement favorables à la pousse des staphylocoques; c'est ainsi du reste que MM. Balzer et Griffon affirment (Société de biologie, 16 octobre 1897) que le streptocoque, et non le staphylocoque doré, serait l'agent pathogène et constant de l'ecthyma et de l'impétigo. Or, MM. Sevestre et Gaston, à la suite des ensemencements faits dans les conditions indiquées plus haut, prétendaient que l'impétigo était dû au staphylocoque; comme leur stomatite était souvent consécutive à l'impétigo de la face et que les fausses membranes ensemencées leur avaient donné des staphylocoques, ils avaient appelé leur stomatite diphtéroïde impétigineuse, à staphylocoques.

Leur erreur est la conséquence d'une technique défectueuse.

Cliniquemement, quels que soient les signes locaux ou généraux auxquels on ait recours, il est absolument impossible de distinguer les unes des autres les stomatites diphtéroïde, diphtéritique, ulcéro-membraneuse et aphteuse. Une nouvelle classification de ces stomatites s'impose; elle devra être basée, comme celle des angines, uniquement sur les résultats de l'examen bactériologique. Ce sera pour le médecin, le seul moyen d'intervenir à temps au point de vue thérapeutique et prophylactique.

J'ajoute que la fillette que je vous présente jouait ces jours derniers avec une enfant de son âge, qui avait été atteinte fin d'octobre d'une angine diphtéritique grave pour laquelle on avait employé des injections de sérum.

M. Armand, interne des hôpitaux, poursuit à l'heure actuelle ces recherches et les résultats qu'il a obtenus sont confirmatifs de ceux que je vous signale aujourd'hui.

(Gaz. des Hôp. de Toulouse.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 6 janvier 1898.

CANCER RECIDIVÉ DE LA LÈVRE INFÉRIEURE AVEC PROPAGATION AU MAXILLAIRE. — RÉSECTION EN BLOC DE LA TUMEUR (PARTIES MOLLES ET LES 2/3 DE LA PORTION HORIZONTALE DU MAXILLAIRE). — PROTHÈSES IMMÉDIATE ET SUCCESSIVE. — AUTOPLASTIES. — RESTAURATION DE LA RÉGION. — RÉTABLISSEMENT DE FONCTION. — GUÉRISON SANS RÉCIDIVE CONTROLÉE 4 ANS APRÈS L'INTERVENTION.

M. Albertin. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade que j'ai opéré, il y a 4 ans, pour un cancer récidivé de la lèvre inférieure avec propagation au maxillaire. J'ai retrouvé l'observation de ce malade dans la thèse de M. Trassagnac et ayant pour titre : « *Des épithéliomas de la face propagés aux os.* »

X..., âgé de 35 ans, a été opéré par un médecin de son pays, à la Montagne-Brandon (Saône-et-Loire), d'un cancroïde de la lèvre inférieure. Six mois après, la tumeur récidivait, et il vint à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson, en décembre 1893.

L'os était envahi et il parut nécessaire de faire une résection en même temps qu'une large ablation des parties molles dégénérées et de celles circonscrivant la tumeur.

L'opération fut pratiquée par M. le docteur Albertin le 22 décembre 1893. Cette large ablation des parties molles et de la presque totalité de la lèvre inférieure créa de sérieuses difficultés pour la

réunion des lambeaux et rendit impossible la prothèse immédiate.

Devant l'impossibilité de remplacer tout de suite le maxillaire enlevé, M. le Dr Albertin résolut de recourir à la prothèse secondaire. En attendant de pouvoir le faire, il fallait éviter le déplacement des portions du maxillaire inférieur laissées en place, déplacement qui se produit fatalement par la convergence des extrémités des fragments, si l'on ne s'y oppose pas. M. Martin fixa sur les arcades dentaires supérieures et sur les dents qui restaient au maxillaire inférieur un appareil composé de deux pièces à emboîtement réciproque qui remplissait admirablement le but proposé.

En février 1894, la cicatrisation étant complète depuis quelque temps déjà, on résolut de modeler la région mentonnière, en adaptant un appareil réunissant par un arc à courte flèche l'extrémité antérieure des fragments du maxillaire.

On profita de la mise en place de l'appareil pour le recouvrir complètement par une combinaison autoplastique, de sorte que l'orifice buccal fut presque ramené à l'état normal avec un menton fuyant.

Enfin, le 16 mars 1894, on remplaça cette première ébauche de maxillaire par une pièce représentant exactement le maxillaire enlevé, et le malade sortit de l'hôpital.

Le 16 janvier 1896, M. le Dr Albertin présente son malade à la Société des sciences médicales de Lyon. A cette époque, son état s'est heureusement modifié, il a engraissé et présente tous les caractères de la santé. Opéré depuis treize mois, il n'a pas présenté la moindre trace de récidive, grâce à l'ablation large et à la toilette soigneuse des ganglions périphériques.

Au point de vue fonctionnel, le résultat acquis permet d'espérer un état définitif parfait. Le malade a un orifice buccal limité par des lèvres parfaitement contractiles. En lui faisant ouvrir la bouche, son appareil étant enlevé, on voit que les portions restantes du maxillaire inférieur sont à leur place normale ; les arcades dentaires supérieure et inférieure correspondent parfaitement. Le plancher buccal est bien conservé, large, donnant attache à la langue qui jouit de tous ses mouvements et n'a pas de tendance à la rétraction.

La mastication s'exécute normalement par la double action des muscles abaisseurs et élévateurs de la mâchoire inférieure. La parole est assez facile, mais les labiales sont imparfaitement articulées ; il suffit de pincer la commissure labiale droite, trop fendue, pour que la parole redevienne normale.

En février 1894, M. le Dr Albertin a rétréci la bouche en avivant les deux lèvres de la commissure droite, dans une certaine étendue et en les suturant l'une à l'autre. Le malade sort dans un état excellent ; la parole est facile, presque normale.

1er décembre 1895. — Nous avons eu des nouvelles de ce malade.

Il ne présente pas de récidive. L'appareil tient bien. Bon appétit et excellent état général à tous les points de vue.

Désireux de contrôler la guérison de ce malade, au point de vue de sa lésion cancéreuse, je l'ai fait venir et je suis heureux de constater que la guérison s'est maintenue. En effet, l'examen attentif de la région ne nous montre rien qui puisse nous inquiéter. Tous les tissus, soit cutanés, soit muqueux, sont souples, sans trace d'ulcération ni d'infiltration.

L'exploration minutieuse des régions vosines, sous-maxillaire, parotidienne, cervicale, mastoïdienne, ne revèle pas la moindre trace d'adénite. La longue cicatrice médiane et les cicatrices transversales, vestiges de la mobilisation autoplastique des lambeaux, sont souples, mobiles.

C'est là un résultat bien fait pour encourager à la fois les chirurgiens à intervenir largement et les malades à réclamer hâtivement une intervention en face de semblables lésions.

J'explique cette guérison durable, cette absence de récidive quatre ans après l'intervention, par deux raisons :

1° La bénignité relative de la tumeur qui, tout en se propageant en profondeur du côté du squelette, n'avait pas de tendance à faire, du côté de la muqueuse, les progrès térébrants qui sont un des indices les plus caractéristiques de la malignité des épithéliomas.

2° L'étendue de l'intervention qui s'est adressée à la fois aux parties molles et au squelette et, en outre, à tous les ganglions de la région cervico-maxillaire.

J'ai opéré un assez grand nombre de malades atteints d'épithéliomas de la face, propagés soit au squelette, soit aux muqueuses.

La propagation au squelette n'est pas une contre-indication opératoire, les observations que j'ai fournies à M. Trassagnac montrent que ce n'est pas dans l'os que la récidive se fait.

Il n'en est pas de même de la propagation à la muqueuse, soit nasale, soit conjonctivale ; c'est là une des conditions éminemment défavorables à la cure de cette variété de cancer. Les lésions de la muqueuse s'accompagnent bien vite d'infection néoplasique à distance des ganglions et des voies lymphatiques buccale et pharyngienne ; c'est là qu'est le danger, la récidive dans ces éponges, ce feutrage lymphatique qui tapisse la sous-muqueuse de ces cavités. Chez deux de nos malades à qui nous avions pratiqué la résection d'une moitié du maxillaire inférieur, nous avons vu la récidive se produire du côté des parois pharyngiennes. L'un de ces malades eut même une hémorragie qui nous fit croire à une ulcération de la carotide.

Le pronostic est donc habituellement très sombre, pour ne pas dire fatal. Il est rare, en effet, de trouver des malades dans de bonnes conditions opératoires, c'est-à-dire avec la limitation des lésions du

côté des muqueuses et des chaînes ganglionnaires périphériques permettant l'éradication de la tumeur. Néanmoins notre cas constitue un précieux encouragement.

A côté de la non-récidive, il y a à signaler un résultat intéressant dû à la prothèse et à l'autoplastie combinées : c'est la restauration de la région mentonnière, c'est le rétablissement de la fonction, soit de la lèvre inférieure, soit du maxillaire.

Par une série d'autoplasties, j'ai pu reconstituer la lèvre inférieure et recouvrir la région mentonnière.

Une série d'appareils de plus en plus saillants, appliqués par M. Martin, a permis aux téguments de se prêter, de s'adapter à la forme d'un véritable maxillaire artificiel, dont la saillie sous la peau donne à la région mentonnière son aspect habituel.

Seule, la commissure labiale droite est un peu large; il eût été facile de la rectifier, mais le malade, las de ces nombreuses interventions, s'y est refusé, et nous n'avons pas insisté.

Bien plus grand encore est l'intérêt que soulève la question de la prothèse en pareil cas, au point de vue de la fonction du maxillaire et de l'absence de déviation des branches libérées de l'os.

Un premier appareil prothétique, appliqué par M. Martin et fixé aux molaires laissées en arrière de la section, assurera le parallélisme des arcades dentaires jusqu'à ce que, la guérison paraissant durable, on puisse, en donnant à la partie antérieure de l'appareil un peu plus de saillie, modeler la région mentonnière et mettre en place un maxillaire artificiel avec arcade dentaire complète. Actuellement le malade parle facilement et la mastication s'exécute bien.

M. Gangolphe. — L'examen du malade de M. Albertin nous permet de constater un magnifique résultat au double point de vue de la cure de l'affection cancéreuse et de la restauration de la région. C'est un argument en faveur de la prothèse immédiate à la suite des résections des maxillaires.

Les ingénieux appareils de M. le Dr Martin remplissent admirablement les indications, soit pour permettre d'attendre une prothèse définitive, soit pour modeler une région, soit encore pour remplacer fonctionnellement le maxillaire absent. Je me propose de vous présenter quelques malades à ce sujet.

(Gazette des Hôp. de Toulouse.)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 16 février 1898.

Syphilis gommeuse des lèvres.

M. Albertin présente un malade atteint de syphilis gommeuse des lèvres de la joue droite. Cet homme, âgé de 42 ans, a contracté, il

y a dix ans, la syphilis par un chancre de la verge. Il ne vit le médecin que trois ou quatre mois après, lors de l'apparition d'une roséole et de plaques muqueuses. On lui fit suivre un traitement ioduré pendant plusieurs mois. Il eut de la céphalalgie, une chute de cheveux, des plaques muqueuses de la gorge, etc.

Il y a cinq ans, le malade vit apparaître dans l'épaisseur de la moitié droite de la lèvre inférieure une petite tumeur qui s'accrut progressivement jusqu'au volume d'une noisette. Il eut recours à des soins médicaux et on lui fit prendre de l'iodure à la dose de 50, puis 100 grammes par mois. La tumeur diminuée, il cessa son traitement. Il y a quelques années, trois ans environ, apparurent des noyaux indurés au niveau de la commissure. Enfin, depuis 8 mois environ, est survenue une tumeur occupant la moitié droite de la lèvre supérieure. Depuis quelque temps, le malade a de nouveau été mis en traitement mixte, mais il trouve que l'amélioration est lente, si tant est qu'elle se produit.

Actuellement on constate une déformation notable de la région labiale droite.

Sur la lèvre supérieure et l'occupant en partie, existe une tumeur arrondie, du volume d'une noix, à surface lisse, rouge, tendue et offrant deux orifices fistuleux par lesquels s'écoule un liquide séro-purulent. La palpation révèle une fluctuation peu nette et fait deviner une cavité petite, limitée par des parois très molles et épaisses.

A côté de cette tumeur principale, il existe une série de tubercules occupant la commissure et la région génienne voisine. Ces tubercules, du volume variable d'une grosse lentille à une noisette, présentent, du côté de la peau, un pertuis central où la peau se déprime, alors que la périphérie est constituée par un bourrelet circulaire. Il existe aussi cinq à six tubercules d'aspect semblable et présentant des pertuis fistuleux.

Du côté de la lèvre inférieure, dans la région correspondant à la lésion observée au début de l'affection, il y a des cicatrices ; mais, à ce niveau, la peau est redevenue souple au voisinage de la bordure sous-cutanée, où il existe une très légère exhaussure.

En prenant la région entre le pouce appliqué sur la peau et l'index appliqué sur la muqueuse, on perçoit nettement ces différentes nodosités, infiltrant la paroi buccale. L'ensemble de ces tubercules occupe une étendue de quatre à cinq centimètres autour de la commissure labiale droite, mais il n'y a pas d'infiltration en nappe, les syphilomes sont circonscrits, peuvent être relativement isolés.

Il existe, du côté de la muqueuse de la commissure, quelques rhagades, mais pas d'ulcération.

On trouve, dans la région sous-maxillaire droite, des ganglions, dont un volumineux.

Rien de particulier à noter sur le reste du corps.

En présence de ce malade, il n'y a pas d'hésitation dans le diagnostic ; on se trouve en présence d'une labiopathie syphilitique tertiaire, à forme scléro-gommeuse ; d'une labialite tertiaire,comme le dit Tuffier dans le mémoire qu'il a publié, en 1886, sur ce sujet, dans la *Revue de Chirurgie.*

La gomme de la lèvre supérieure, si elle existait, seule, pourrait en imposer pour un kyste sébacé, mais l'énorme induration des parois paraîtrait très anormale, et la présence des gommes voisines ayant subi la fonte partielle pour évoluer vers la sclérose, éloignerait le diagnostic de kyste sébacé.

Est-ce de la tuberculose ? Tout d'abord elle est exceptionnelle dans ces régions et se présente plutôt sous la forme ulcéreuse, comme j'ai pu en observer un cas remarquable pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu. Elle n'évolue pas du côté de la sclérose ; elle est plus destructrice que ne l'a été la lésion actuelle.

On ne peut songer à un épithélioma, car la plupart des caractères manquent. Malgré l'induration affleurant la muqueuse, cette dernière est presque indemne, a peu de tendance à être envahie, les tumeurs ayant évolué du côté de la peau où persistent les trajets fistuleux. Enfin, les tumeurs sont multiples. Il n'y a pas l'odeur bien spéciale aux épithéliomas de cette région. L'absence de lésions ulcéreuses éloigne encore l'idée d'un épithélioma greffé sur une lésion syphilitique tertiaire. Nous croyons donc justifié notre diagnostic de syphilis tertiaire des lèvres à forme scléro-gommeuse.

Il est intéressant de noter que ces lésions regressent lentement sous l'action de l'iodure. Nous pensons qu'il faut combiner le traitement hydrargyrique avec le traitement ioduré. En outre, il faut agrandir les orifices fistuleux, curetter ces cavités occupant le centre des gommes ramollies, opérer la désinfection. En combinant le traitement chirurgical et le traitement spécifique, nous espérons obtenir la guérison de cette affection relativement rare.

(*Gazette des Hôpitaux de Toulouse.*)

REVUE DE L'ÉTRANGER

DES OBTURATIONS DE CONTOUR ET DE LEUR RAPPORT A LA CONSERVATION DE L'INTÉGRITÉ DES SURFACES PROXIMALES.

Par M. S. H. Guilford. D. D. S., M. A., Ph. D.

Le traitement d'une cavité cariée doit avoir un double but : 1° le retour de la partie atteinte à l'état sain ; 2° l'exclusion de la récidive.

On réalise le premier point en enlevant les tissus désagrégés et en procédant à une obturation avec une matière convenable et durable. Pour réussir dans le second il faut connaître la nature des surfaces opérées et leurs rapports mécaniques et physiologiques. Si la simple obturation empêche l'extension de la carie sur les faces exposées, il peut ne pas en être de même sur celles qui ont une situation moins favorisée.

La contiguïté des faces proximales des dents favorise la rétention des aliments et le séjour des micro-organismes, en même temps qu'elle empêche le nettoyage par la salive. Pour ces raisons, ces surfaces, quoique d'une continuité parfaite, sont atteintes par la carie plus fréquemment que les autres, excepté les faces d'occlusion ; où la continuité est interrompue par des fissures et des sillons. Quand elles sont cariées, il est difficile de les restaurer par une obturation à cause de leur inaccessibilité, et, tandis que pour ce motif les opérations sont souvent dépourvues de la perfection qui serait autrement assurée et que l'obturation ne réussit pas, le retour de la carie est plus largement causé par les influences qui ont produit la lésion initiale.

Il est clair dès lors que les conditions premières doivent être changées si l'on compte sur l'immunité de la carie future. Ce principe a été admis de bonne heure et la première tentative pour les modifier a consisté à limer ou à tailler les faces proximales de façon à les dégager de tout contact. Quand toutes les dents étaient ainsi séparées, cette immunité était d'ordinaire assurée, au prix toutefois d'une grande perte de la face triturante, d'une grande défiguration et d'une atteinte ultérieure grave à la gencive et au péricément.

Quand on ne pratiquait qu'accidentellement un espace de ce genre, on aboutissait à un échec, parce qu'en peu de temps, par suite de la pression des dents voisines et de l'altération de l'occlusion, les dents mutilées étaient de nouveau amenées en contact et la chance de la carie était centuplée. Avec le retour de la carie, il fallait encore limer ou tailler jusqu'à ce qu'il ne restât plus que fort peu des dents, et celles-ci étaient parfois perdues. A cause des résultats fâcheux

qu'elle donnait, cette méthode fut abandonnée; mais elle fut reprise en 1870 avec des modifications par M. Robert Arthur. Sa méthode consistait à modifier la forme des surfaces proximales en limant ou en meulant, de façon à reporter le point du contact proximal de la surface d'occlusion au bord cervical. Cela ne changeait pas seulement la surface proximale normalement convexe en une surface plate ou plane, mais la dégageait de toute susceptibilité à la carie en empêchant la rétention des débris et en permettant aux surfaces et aux espaces de se nettoyer d'eux-mêmes. Cette méthode fut adoptée par beaucoup de praticiens consciencieux comme un moyen de remédier à une difficulté combattue jusque-là sans réussite. En peu de temps on reconnut que ses promesses de succès n'étaient pas réalisées et elle fut graduellement abandonnée. Son insuccès était dû à un principe faux, car, tandis qu'elle semblait assurer un soulagement momentané, ses résultats étaient désastreux.

En laissant un épaulement près du bord cervical, le point de contact était simplement transféré d'un point à un autre, avec cette circonstance que le dernier point était bien plus exposé à la carie que le premier, à cause de sa position. Bien plus, la dentine exposée sur les surfaces sectionnées, manquant de la protection naturelle de l'émail, devenait sensible, et les aliments, s'accumulant dans l'espace et comprimant la gencive, la rendaient hypersensible et amenaient parfois son retrait. L'incommodité qui accompagnait cette opération peu naturelle, jointe à l'augmentation de susceptibilité à la carie qui en résultait, suffisait à faire condamner la méthode et à la faire abandonner.

Ces insuccès eurent pour conséquence de faire rechercher plus à fond les causes du retour de la carie sur ces surfaces et de faire adopter peu à peu des méthodes plus rationnelles et plus scientifiques.

On savait que le nombre et la nature des dents du maxillaire humain, leur disposition dans les arcades et leur forme générale sont de nature à satisfaire aux besoins de l'individu ; mais les petits détails de leur anatomie externe, leur dépendance l'une de l'autre, leurs rapports entre elles et le rôle des liquides buccaux dans la production de la carie n'avaient pas été étudiés complètement. Avec l'opinion ancienne que le contact causait la carie, on pensait que celle-ci commençait toujours sur les faces proximales au point de contact et qu'elle était due aux fermentations des débris alimentaires retenus à ce point. L'examen a prouvé cependant que les points de contact entre les dents sont non seulement exempts de carie, mais encore plus ou moins polis par le mouvement léger des dents dans leurs alvéoles, et que la carie proximale commence juste au-dessus du point de contact, c'est-à-dire un peu plus près de la gencive, de sorte qu'elle peut presque aussi bien se produire sans la présence qu'avec la présence des aliments.

On constata de plus que le contact normal des dents sur leurs faces proximales, qu'on supposait d'abord essentiel uniquement pour leur support mutuel, est également nécessaire pour protéger le tissu gingival contre la pression des aliments pendant la mastication.

Enfin on remarqua que les portions de la couronne d'une dent situées au-dessous du bord gingival ou celles placées au-dessus et qui sont constamment couvertes de salive, sont toujours exemptes de caries commençantes et que les faces proximales et buccales ou linguales, quand leur structure n'est pas défectueuse, sont d'abord atteintes par la carie sur une ligne correspondant au point où les liquides buccaux se produisent d'habitude. On trouva bientôt une explication de ce fait dans cette circonstance que la salive est d'ordinaire alcaline et protège par suite les points qu'elle recouvre, mais qu'à sa surface, au repos, cette alcalinité est changée en acidité, les sels de calcium sont dissous et la carie commence.

Il résultait ce qui suit des observations qui précèdent : 1° la forme normale de chaque dent est la meilleure, pour sa fonction particulière ; en la modifiant on diminue son utilité et on hâte sa perte ; 2° le contact des dents adjacentes est indispensable à la commodité de l'individu et à la conservation des organes ; 3° comme les dents se carient malgré leur forme et leur contact, il fallait trouver un moyen de diminuer notablement, sinon d'empêcher complètement le retour de la carie. Il n'y avait qu'un moyen pour cela : obturer les cavités proximales de façon à rétablir le contour primitif de la surface et, quand l'étendue de la carie suffisait à le garantir, étendre les cavités sur les surfaces buccales et linguales, de façon à amener les bords de l'émail dans la limite des influences protectrices.

On se rend compte de la carie initiale et récidivante sur les surfaces proximales en considérant certains principes de physique. Quand on plonge un tube dans un liquide, ce dernier s'élève à un niveau plus élevé dans le tube que tout autour de celui-ci. Si, deux plaques rondes ou plates sont plongées dans le liquide, on remarquera la même élévation de liquide entre elles. Plus le tube sera petit, plus les 2 plaques seront rapprochées l'une de l'autre, plus le liquide s'élèvera entre elles.

En appliquant ces principes aux dents et en considérant celles-ci comme des corps plongés dans un liquide, si les surfaces proximales sont parallèles et rapprochées l'une de l'autre, la salive s'élèvera entre elles à un niveau plus élevé et couvrira plus de surface que si elles sont séparées, et la salive, retenue dans cet espace restreint avec peu de mouvement, deviendra bientôt acide et la destruction des tissus commencera. C'est exactement ce qui a lieu sur les faces proximales aplaties par le limage, que des obturations y aient été faites ou non.

Normalement cependant les couronnes sont plus ou moins convexes sur leurs surfaces proximales et ne se touchent qu'au point de leurs plus grands diamètres transverses, qui est juste au-dessus de la face d'occlusion. Depuis ce point les diamètres diminuent graduellement jusqu'au bord cervical, où ils sont le plus petits. Cela laisse un espace interdentaire triangulaire avec la base du triangle à la gencive, où la salive ne s'élève qu'à une faible hauteur en raison de la séparation voisine de la gencive et la diminution de l'attraction capillaire qui en résulte. Pour cette raison, les dents qui conservent leurs formes normales sont moins sujettes à la carie proximale que dans toute autre condition.

Le premier traitement des faces proximales pour empêcher la carie consiste à les rendre accessibles à l'aide d'un écarteur et, si elles sont atteintes par la carie superficiellement, à enlever la portion cariée et à polir les faces.

Quand on découvre des cavités de dimensions modérées, les préparer et les obturer convenablement, en conservant le contour primitif le plus possible. La carie peut récidiver, mais avec moins de probabilité quand on avance en âge, quand la densité du tissu augmente et quand on suit un traitement prophylactique convenable. Quand la carie est étendue, nous pouvons apporter dans les parties atteintes des changements physiques de nature à rendre l'immunité future raisonnablement sûre.

D'abord séparer les dents en les écartant de façon à élargir les cavités et à en mettre les bords latéraux au dehors sur les faces linguales et buccales et étendre les bords cervicaux des cavités jusqu'au bord libre de la gencive ou au-dessous. Introduire les obturations avec soin, rétablir le contour primitif et finir parfaitement. Les dents une fois dans leur position primitive, les faces proximales peuvent mieux résister à la carie, car les changements dans les caractères de la salive ne peuvent atteindre l'or et, tandis que le bord cervical de l'obturation est protégé parce qu'il est constamment recouvert de salive, les bords latéraux sont assez loin sous leurs faces respectives pour être soumis au nettoyage des lèvres et de la langue. De plus, le rétablissement du contour des faces proximales protège la gencive en empêchant les aliments de la presser et de s'y loger.

L'obturation de contour basée sur les principes de physiologie, d'anatomie et de mécanique est devenue la méthode opératoire acceptée. L'expérience a prouvé que c'est le seul procédé rationnel pour le traitement des faces proximales, car elle assure toutes les conditions voulues pour la conservation des contours naturels des dents, du contact nécessaire, de l'immunité contre la carie et de la protection des bords gingivaux. Elle entraîne le sacrifice d'une partie saine de la dent des côtés buccal et lingual, ainsi qu'un temps plus

long pour l'obturation, mais les résultats rachètent ces inconvénients.

Pour exécuter cette opération il faut non seulement une grande habileté, mais un œil ayant le sens artistique exercé, pour que la restauration corresponde dans l'étendue et la forme aux contours de la dent, qualités qu'on acquiert par la pratique. Dans certains cas le contour peut être exagéré avec avantage pour fermer l'espace, mais il ne doit jamais descendre au-dessous de la normale, autrement le résultat ne sera pas satisfaisant.

Quand on obture une face proximale près d'un espace, il n'est pas nécessaire de restaurer complètement le contour, quoiqu'on obtienne ainsi un résultat plus artistique.

(Chapitre IX de l'ouvrage *Operative dentistry*, par Edward Kirk.)

HOPITAL SAINT-PIERRE DE BRUXELLES.
DE LA STOMACACE

Par M. le Dr Edouard Tordeus

Les hémoptysies sont extrêmement rares chez les enfants en bas âge, et ce phénomène ne commence à se manifester avec une fréquence relative que chez les sujets plus âgés, chez ceux qui ont déjà dépassé la sixième année.

Si donc on vous présente un jeune enfant qui crache du sang, ce n'est pas à un processus morbide du poumon, à la tuberculose pulmonaire, que vous devez songer tout d'abord, mais vous vous rappellerez que la muqueuse buccale nasale est bien plus souvent le point de départ d'une hémorragie pouvant simuler une hémoptysie.

Voici précisément une fillette qui nous est amenée parce que, disent les parents éplorés, elle crache du sang depuis quelques jours.

Eh bien, cette enfant, qui est âgée de six ans, ne présente aucun symptôme qui puisse faire admettre l'existence d'une tuberculose pulmonaire : elle ne tousse pas, elle n'a pas de fièvre, elle est bien en chair, l'examen de la poitrine est absolument négatif. De plus, le cœur est normal et la peau ne présente ni ecchymoses, ni pétéchies.

Mais en examinant la cavité buccale, nous relevons les altérations suivantes : la gencive de la mâchoire inférieure, au niveau de la canine et des premières molaires à gauche, est gonflée, d'un rouge foncé ; son bord libre est recouvert d'un liseré jaunâtre ; entre les interstices des dents, nous trouvons de petits caillots sanguins. La bouche exhale une odeur extrêmement fétide. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux. De la bouche entr'ouverte s'écoule constamment une salive teintée de sang ; la mastication est très douloureuse, de sorte que la malade refuse les aliments solides et qu'elle n'accepte que les substances liquides et froides.

Il est évident que l'enfant n'est pas atteinte d' hémoptysie et que le sang provient de la muqueuse buccale ; nous nous trouvons donc en présence d'une stomacace (stomatite ulcéreuse, stomatite ulcéro-membraneuse).

La stomacace a été longtemps confondue avec le scorbut et avec d'autres affections de la bouche, telles que les aphtes, le muguet, etc... Elle n'a été bien séparée de ces différents processus que depuis les travaux de Bretonneau, mais pendant longtemps on s'est mépris sur sa véritable nature. Bretonneau et Guersant la considéraient comme une forme de diphtérie ; Taupin l'assimilait à la gangrène. A une époque plus rapprochée de nous, Bergeron en a fait une maladie spécifique et contagieuse. La dénomination de stomatite ulcéreuse, sous laquelle Bergeron désigne cette maladie, ne nous paraît pas heureuse, car on trouve dans la cavité buccale d'autres processus ulcéreux bien différents de la stomacace.

Si l'on considère que la lésion débute toujours par la gencive, qu'elle reste souvent limitée à ce tissu, que de plus elle consiste en une véritable nécrose, due à la compression des vaisseaux par une prolifération cellulaire exagérée, la dénomination de gingivite nécrotique nous semble convenir beaucoup mieux que celle de stomatite ulcéreuse proposée par Bergeron.

Que nous montre l'examen microscopique de la membrane qui recouvre les ulcérations ? Ranvier et Cornil nous enseignent que cette membrane est constituée par des fibres élastiques et conjonctives entourant des masses de tissu cellulaire mortifié ; cette mortification succèderait à l'infiltration du derme muqueux par le pus et la fibrine et à l'oblitération des vaisseaux.

En d'autres termes, il s'agit d'un véritable processus diphtérique dans le sens purement anatomique ; mais comme cette expression pourrait faire croire à une identité de nature avec la dipthérie due au bacille de Klebs-Lœffler, il vaut mieux se servir du mot nécrose et définir la stomacace une gingivite nécrotique.

Voyons dans quelles conditions se manifeste cette affection. Elle se montre de préférence chez les enfants et quelquefois chez les soldats entassés dans des casernes insalubres et étroites.

Je ne l'ai observée qu'une seule fois chez une femme adulte, qui n'avait cependant jamais fait usage du mercure, chez laquelle il n'existait aucun symptôme d'intoxication ni par le plomb ni par le phosphore, mais qui habitait une cave froide et humide. C'est la seule fois qu'il m'a été donné de constater la maladie chez une personne adulte. Ce sont surtout les enfants qui en sont atteints et particulièrement entre 4 et 8 ans. Jamais elle n'a été rencontrée chez les tout petits enfants n'ayant pas encore de dents et chez les vieillards qui les ont déjà perdues.

Tout le monde admet l'influence des mauvaises conditions hygiéniques sur le développement de la stomacace : une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, l'encombrement, l'habitation dans des endroits humides et froids. C'est ainsi que la maladie sévit de préférence parmi les enfants de la classe pauvre, tandis qu'elle épargne presque toujours ceux qui appartiennent aux familles aisées. Pour ma part, je ne l'ai vue qu'une seule fois dans ma clientèle, chez la fille d'un riche négociant, et encore cette enfant était-elle à ce moment convalescente d'un catarrhe gastrique. Bergeron déclare également qu'en quarante ans de pratique il n'en a pas observé un seul cas dans la clientèle de la ville.

Je viens de vous signaler l'influence exercée par le catarrhe gastrique sur le développement de la stomacace chez une de mes malades. Il est un fait bien démontré, c'est que cette affection ne se rencontre jamais chez les individus absolument bien portants ; elle n'a de prise que sur les organismes détériorés par les privations, par la misère, par les mauvaises conditions hygiéniques ; sur les individus affaiblis par les maladies, telles que la rougeole, l'entérite, la fièvre typhoïde, la tuberculose, etc.

Les enfants de la classe riche sont également atteints de ces différentes affections et cependant, chez eux, la stomacace est exceptionnelle. Pourquoi ? Parce que, en dehors de ces causes purement conditionnelles, un autre élément est indispensable à la manifestation de la maladie. Cet élément, un germe infectieux, ne se développe, ne se multiplie que dans les milieux extérieurs, dans les endroits humides et froids, dans les locaux sans soleil et sans air.

Si la stomacace était produite par un contage, c'est-à-dire un germe morbide qui se multiplie dans l'organisme même, elle devrait se propager avec une grande facilité dans les hôpitaux où elle trouverait facilement des organismes détériorés par la misère et par les maladies. Or, pour ma part, je n'ai jamais rien vu de semblable. Très fréquemment nous admettons dans nos salles des enfants atteints de stomacace. S'ils n'ont pas de fièvre, s'ils ne doivent pas rester alités par suite de leur faiblesse, nous leur permettons d'aller, de venir, de se mêler aux autres malades et cependant jamais nous n'avons vu la maladie se transmettre d'un sujet à un autre. Il semblerait cependant qu'aucun autre milieu ne dût être aussi favorable à la propagation de la maladie que les salles d'hôpital ; néanmoins, la contagion y est presque inconnue. Pourquoi en est-il ainsi ? Parce que les hôpitaux, tout en laissant encore beaucoup à désirer sous le rapport de l'hygiène, ne sont plus aujourd'hui des locaux étroits, humides, sans air, sans lumière. Le soleil pénètre dans les salles de malades par de vastes fenêtres, une température de 16 à 18° y règne constamment en hiver ; toutes les précautions sont prises pour faire

disparaître l'humidité. Or, ce sont précisément des conditions défavorables, l'humidité, le froid, le manque d'air et de soleil qui facilitent, dans la classe pauvre, le développement du miasme de la stomacace.

Qu'il s'agisse d'un contage à la manière de Bergeron ou d'un miasme, comme je le suppose, la stomacace est certainement de nature microbienne. L'illustre Pasteur, en examinant le pus sanieux pris sur un enfant atteint de stomacace, a rencontré des spirilles qu'il cultiva avec succès, mais qu'il ne parvint pas à inoculer à des lapins.

Netter a trouvé les mêmes organismes, mais ses essais d'inoculation sont restés également infructueux.

Plus récemment, Frühwald est parvenu à cultiver plusieurs formes de microcoques et de bâtonnets, dont l'une est caractérisée par une fétidité extrême. Celle-ci serait la cause de la maladie ; injectée à des animaux, elle a déterminé une infection générale.

C'est à ces quelques recherches que se réduisent jusqu'à présent tous les travaux des bactériologistes sur le parasite de la stomacace.

Relativement à la marche de l'affection, Bergeron admet une période d'incubation dont il ne peut cependant évaluer la durée d'une manière précise, et une période prodrômique dont la durée varie entre un et quatre jours. Ce deuxième stade serait caractérisé par un sentiment de malaise, des frissons et de la courbature ; mais ces symptômes généraux faciles à relever chez les adultes, les soldats, qui rendent compte des sensations qu'ils éprouvent, passent habituellement inaperçus chez les enfants. Il en est de même pour les symptômes locaux du début consistant en picotement, chaleur, sécheresse de la muqueuse buccale, surtout au niveau de la gencive, et en une certaine gêne dans les mouvements de la déglutition. Si l'on examine la cavité buccale à ce moment, on trouve la gencive tuméfiée, boursoufflée, d'une coloration rougeâtre et même bleuâtre ; bientôt, la muqueuse se couvre de pustules qui, en éclatant, donnent naissance à des ulcéations grisâtres. La maladie est arrivée à sa période d'état et c'est alors seulement, du moins dans la majorité des cas, que le médecin est consulté et qu'il peut établir son diagnostic.

Ces ulcérations siègent sur le bord libre de la gencive, ordinairement au niveau de la canine et de la première molaire, et plus souvent à gauche qu'à droite, probablement à cause du travail de mastication plus accentué de ce côté.

La portion de la muqueuse buccale en contact avec les ulcérations se prend à son tour, si la maladie n'a pas été enrayée dans sa marche par un traitement approprié, et l'on constate alors, à la face interne des lèvres et des joues, des ulcérations linéaires à fond grisâtre et à bords taillés à pic. Rarement le processus envahit les bords de la langue, les amygdales et le voile du palais.

En même temps, le malade, s'il est assez âgé pour faire comprendre ses sensations, se plaint d'une vive douleur dans la bouche, douleur qui augmente par les mouvements de mastication et de déglutition et par le contact de substances irritantes, d'aliments solides et chauds, de sorte que l'enfant finit souvent par refuser toute nourriture, ce qui contribue encore à augmenter sa faiblesse.

La sécrétion salivaire est toujours plus ou moins exagérée ; certains malades, pour éviter les mouvements de déglutition, tiennent les mâchoires écartées, et l'on voit alors un liquide visqueux, teinté de sang, s'échapper des angles de la bouche. D'autres avalent leur salive, et c'est aussi dans ces cas qu'on observe des troubles intestinaux : les selles deviennent liquides, fétides, copieuses.

Ce qui caractérise encore cette affection, c'est l'extrême fétidité de l'haleine, qui a une odeur toute spéciale, rappelant celle de la gangrène.

Les ganglions sous-maxillaires sont parfois engorgés, tuméfiés, douloureux à la pression ; mais ces phénomènes ne tardent pas à se dissiper ; il est rare de voir l'inflammation ganglionnaire passer à la suppuration.

Sous l'influence d'un traitement approprié, on voit bientôt tous les symptômes tant généraux que locaux se modifier et disparaître complètement : la sécrétion salivaire diminue, la douleur se calme, l'haleine perd sa fétidité caractéristique, les ulcérations se détergent, le fond ne tarde pas à se couvrir de fines granulations rougeâtres et la cicatrisation se fait sans encombre : tout le processus n'a pas duré plus d'une semaine. Cependant, chez certains individus qui n'ont pu être soustraits aux mauvaises conditions hygiéniques et dont l'organisme reste débilité par l'insuffisance d'une alimentation tonique, la maladie semble passer à la chronicité ; la douleur, dans ce cas, est nulle ou insignifiante, la salivation n'est pas exagérée, mais les ulcérations et la fétidité de l'haleine persistent pendant des semaines et même des mois entiers, avec, de temps à autre, des aggravations, des exacerbations qui ont porté certains observateurs à regarder les récidives de la stomacace comme fréquentes. C'est surtout dans ces cas chroniques qu'on voit les dents se déchausser et devenir branlantes.

Parfois aussi, et je n'ai pas besoin d'ajouter, quand on a affaire à des sujets profondément cachectiques, le processus nécrotique, au lieu de rester limité au tissu muqueux, s'étend en profondeur, envahit le périoste et provoque la nécrose du bord supérieur du maxillaire ; il se forme alors un sequestre qui met un certain temps à se détacher et qui peut entraîner avec lui une ou plusieurs dents.

Plus rarement encore on a vu la stomacace se compliquer de gangrène de la bouche.

Malgré la possibilité de pareils accidents, le pronostic reste ordi-

nairement favorable ; nous possédons fort heureusement un remède spécifique capable d'amener la guérison dans l'espace de quelques jours. Certains cas résistent cependant au traitement et, comme je vous l'ai déjà dit, il faut parfois plusieurs semaines avant d'obtenir une guérison définitive.

Le diagnostic de la stomacace ne présente, le plus souvent, aucune difficulté : la fétidité de l'haleine attire tout d'abord l'attention et est, en quelque sorte, pathognomonique; les ulcérations, recouvertes de lambeaux mortifiés et siégeant sur les gencives, ne sauraient être confondues avec les processus ulcéreux appartenant à d'autres affections. Le seul écueil à éviter, c'est de ne pas méconnaître la présence de la stomatite aphteuse, lorsqu'on a diagnostiqué la stomacace ; car les deux affections peuvent évoluer l'une à côté de l'autre, ce qui est, du reste, assez rare.

Quant au traitement, je vous ai dit que nous possédons un agent souverain, véritable spécifique, capable d'amener une guérison complète en l'espace de quelques jours ; cet agent thérapeutique est le chlorate de potasse, dont l'emploi a surtout été vulgarisé par West. Je prescris habituellement ce remède à la dose d'un à deux grammes par jour, selon l'âge du malade, dans une décoction de quinquina, selon la formule suivante :

P. —	Chlorate de potasse........................	1 à 2 gr.
	Décoction de quinquina....................	50 —
	Sirop d'écorces d'oranges.................	10 —

N. — Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Autrefois, on avait recours aux cautérisations avec l'acide chlorhydrique, aux frictions de la gencive malade avec le chlorure de chaux sec. Tout récemment, le docteur Maftan a essayé de réhabiliter ce dernier remède, que je considère, pour ma part, comme un moyen dur et cruel. Il n'y a lieu de le recommander que dans les cas à marche chronique, alors que le chlorate de potasse administré à l'intérieur n'a produit aucun résultat. Voici comment on procède : on trempe le doigt légèrement humecté dans de la poudre de chlorure de chaux et on frotte la partie malade pendant quelques instants, puis on fait laver la bouche avec de l'eau bouillie. Ces attouchements peuvent être répétés deux fois par jour dans les cas opiniâtres.

Mais, je le répète encore, c'est l'administration à l'intérieur du chlorate de potasse qui mérite le plus de confiance et qui vous procurera les résultats les plus satisfaisants.

En même temps vous aurez soin de faire procéder à des lavages répétés de la bouche avec une solution d'acide borique, de benzoate de soude, ou à des badigeonnages avec une solution de sulfate de zinc, de permanganate de potasse. Généralement c'est à cette dernière substance que j'ai recours et je fais frictionner plu-

sieurs fois par jour la partie malade avec un tampon d'ouate trempé dans une solution au 1.000e.

Il va de soi qu'il faut veiller à ce que le malade soit placé dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. On lui prescrira une alimentation riche en substances albuminoïdes, et froide autant que faire se peut, du lait glacé, par exemple, et du bouillon froid, pour diminuer la sensation de chaleur et de douleur dans la cavité buccale.

Bergeron, qui croit à la contagion de la stomacace, conseille d'isoler les malades et d'empêcher que les objets dont ils font usage ne soient utilisés par d'autres enfants.

Ce sont là des mesures faciles à exécuter et qu'il ne faudra jamais négliger de prendre. Autrement difficiles à exécuter sont les mesures hygiéniques et thérapeutiques propres à fortifier l'organisme débilité par les privations et par les maladies, et ce sont cependant celles-là qu'il importe de prendre avant tout, avant même de recourir à la médication spécifique, à l'administration du chlorate de potasse, dans les cas à marche chronique, dans ceux qui présentent de temps à autre des exacerbations qui font croire à l'existence de récidives.

(*J. de clin. et de thérapeut. infant.*, 12 mai 1898.)



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

L'Art dentaire en médecine légale, par le Dr Amoëdo, avec 70 figures et 32 tableaux intercalés dans le texte, in-8°. Prix : 12 fr. (Masson, éditeur).

Après avoir pris connaissance de la très remarquable thèse de notre excellent confrère M. le Dr Amoëdo sur l'*Art dentaire en Médecine légale* nous ne pouvons que joindre nos félicitations à celles que lui ont adressé MM. les professeurs membres du jury de la Faculté de médecine de Paris.

Cette thèse qui forme un volume de 600 pages, est très travaillée, très documentée ; l'auteur n'a négligé aucune source d'informations. Nous y avons retrouvé des citations de tous les travaux qui de près ou de loin touchent à l'*Art dentaire en Médecine légale*, depuis dix ans en France et à l'étranger.

Dans un premier chapitre il étudie l'*Anatomie dentaire*, un peu longuement peut-être.

Puis M. Amoëdo passe successivement en revue, en divers chapitres très complets, *les anomalies dentaires, les dents dans les différentes races humaines, les dents des idiots, des prostituées, des criminels et des nains, les dents en rapport avec la pathologie générale;* dans ce dernier chapitre, il étudie les manifestations buccales de diverses affections générales — diabète, arthritisme, tuberculose, syphilis, rachitisme, ataxie locomotrice, etc...

A citer aussi les chapitres: *carie dentaire, érosion dentaire, lésions professionnelles des dents, lésions traumatiques des dents, morsures,* un très bon chapitre sur l'*usure des dents* avec quelques aperçus nouveaux.

L'auteur s'occupe ensuite *des dents après la mort;* à l'occasion de ce chapitre, une petite question? Que devient la carie après la mort? S'arrête-t-elle immédiatement — ou continue-t-elle quelque temps? quelques jours, quelques mois? Combien de temps? Nous ne croyons pas que ceci ait été étudié jusqu'ici et pourtant la question est intéressante au point de vue médico-légal.

Signalons dans le chapitre *Jurisprudence dentaire* deux paragraphes remarquables sur les accidents de l'extraction et les anesthésiques en chirurgie dentaire.

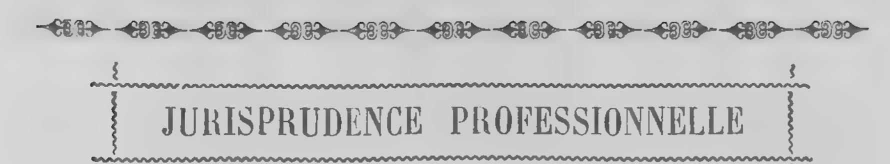
Enfin, après quelques mots sur les *notations*, l'auteur donne une série de 52 *observations* sur la recherche de l'identité des cadavres au moyen des dents, que nous croyons être la plus complète qui ait été publiée jusqu'à ce jour. Parmi ces observalions nous citerons celle de la duchesse d'Alençon et des autres victimes du Bazar de la Charité; celle du prince Impérial, de Napoléon Ier, du marquis de Morès, Louis XVII, Gouffé, Tremblier, etc., etc.

Une très complète bibliographie et un index alphabétique terminent le livre.

En résumé la thèse de M. le Dr Amoëdo est fort intéressante et doit être entre les mains de tous les dentistes; c'est désormais le traité classique d'art dentaire au point de vue médico-légal. L'auteur y défend les idées qui ont toujours été les nôtres: dans beaucoup de cas et surtout dans les cas d'identification des cadavres défigurés et mutilés, le dentiste peut être pour la justice un auxiliaire précieux, auquel elle devait avoir recours comme nous le proposions lors de l'incendie de l'Opéra-Comique, en 1886, à la Société d'Odontologie de Paris.

Nous avons reçu le premier numéro de la *Revista odontolojica Chilena*, dirigée par M. Calvarino Ponce et publiée mensuellement à Santiago de Chili. Le numéro contient 16 pages.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de Jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

Un de nos correspondants nous a invité à donner notre opinion sur le point suivant :

Un mécanicien-dentiste non patenté peut-il acheter un cabinet et l'exploiter lui-même en y plaçant un opérateur diplomé ?

La question, comme on le comprend facilement, est d'ordre général. Elle touche même à l'organisation et aux conditions licites d'exploitation d'un cabinet dentaire. Le mécanicien-dentiste, titulaire du bail, propriétaire du cabinet, des meubles meublants, des instruments de chirurgie, des outils, en un mot de tout ce qui constitue la partie matérielle d'un cabinet dentaire, peut-il, lui qui n'est pas habile légalement à exercer l'art dentaire, compléter sa personnalité par l'adjonction d'un diplômé et faire exploiter ledit cabinet ?

Pour soutenir l'affirmative nous voyons bien quelles sont les raisons que l'on peut invoquer. Que demande la loi ? dira-t-on. C'est qu'il y ait à la tête du cabinet une personne compétente pour donner des soins, faire la partie opératoire ; la sécurité publique est assurée par la présence de l'opérateur diplômé. Pourquoi empêcherait-on cette espèce d'association *sui generis* de l'un, qui fournit les fonds nécessaires à l'exploitation du cabinet, et de l'autre, qui apporte ses connaissances spéciales ? La santé publique, ajoutera-t-on, n'est en aucune façon en danger, et, de plus, les diplômés sans fortune trouveront dans une combinaison de cette nature le moyen de tirer profit des connaissances qu'ils ont acquises.

Tout cela est bien, mais est-ce licite, et la loi ne veut-elle pas dans son esprit, sinon dans sa lettre, que la propriété et la gérance d'un cabinet dentaire reposent dans les mêmes mains, c'est-à-dire dans les mains de l'opérateur qui a seul qualité pour exercer ? C'est le point que nous avons à rechercher.

La justice a été très souvent saisie de cette question en ce qui concerne les pharmaciens, et la Cour de cassation décide invariablement que le propriétaire d'une pharmacie doit nécessairement être muni du diplôme de pharmacien et que la propriété et la gérance des officines de pharmacie doivent reposer sur la même tête.

D'où cette conséquence que la vente de son fonds par un pharmacien qui prend en même temps l'engagement d'en conserver la gérance est viciée d'une nullité absolue. Cette décision a été rendue dans une espèce où il s'agissait d'une femme qui avait acheté une pharmacie qu'elle destinait à son fils non encore diplômé, avec cette

stipulation que le vendeur continuerait à la gérer jusqu'à ce que le fils fût reçu pharmacien. Cette vente a été annulée parce que, a dit la Cour suprême, il résulte de la combinaison de l'article 25 de la loi de germinal an XI (loi sur la pharmacie) avec les articles 1, 2 et 6 de la déclaration du roi du 25 avril 1777, dont la loi de germinal s'est approprié les conditions de légalité, que « nul ne peut gérer une officine de pharmacie s'il n'est à la fois propriétaire du fonds et muni d'un diplôme de pharmacien; par suite, la vente du fonds avec réserve de le gérer est viciée d'une nullité absolue comme contenant une clause prohibée par la loi et contraire à l'ordre public. » Oui, voilà qui est clair; mais il y a un texte, dira-t-on, qui s'oppose à l'exécution d'un acte de cette nature, le pharmacien devant être aux termes de la loi « propriétaire et gérant tout à la fois. » Que faut-il décider quand il s'agit d'un mécanicien-dentiste, propriétaire du cabinet géré par un diplômé? Il importe immédiatement de reconnaître qu'il n'y a dans la loi du 30 novembre 1892 aucune disposition qui interdit expressément une pareille situation. La loi n'a pas dit, en effet, que le diplômé doit, pour exploiter valablement, avoir nécessairement la propriété du cabinet. Doit-on dès lors conclure du silence de la loi que toute liberté est laissée aux parties contractantes? Non certainement, et nous allons démontrer que si la loi n'a pas défendu expressément un traité de la sorte, elle s'en est expliquée implicitement dans ses dispositions répressives.

La loi de 1892 porte dans son article 16 § 3 la disposition suivante:

« Art. 16. Exerce illégalement la médecine...

§ 3. Toute personne qui, *munie d'un titre régulier*, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de la soustraire aux prescriptions de la présente loi ». Qu'est-ce à dire, sinon que la loi veut que ceux-là seuls exercent la médecine et l'art dentaire et en tirent profit qui ont le titre pour ce faire. Et qui peut dire que le praticien diplômé ne sera pas d'autant moins vigilant, attentif, soucieux de bien faire, qu'il se sentira insolvable en cas d'imprudence? Le législateur a fait de l'art dentaire une profession essentiellement personnelle, — ceci est attesté par un ensemble de dispositions éparses dans la loi. — Elle interdit le prête-nom et la raison s'explique parfaitement. Aussi, il nous est impossible de considérer l'art dentaire représenté autrement que par un titulaire du cabinet diplômé et dûment placé dans ses meubles. L'idée de cabinet garni se concilie difficilement avec cette profession qui exclut tout caractère de commercialité. Nous ne concevons guère une nouvelle entreprise ayant pour objet la location de cabinets dentaires meublés à l'usage de diplômés démunis d'argent. Au surplus, quelle garantie matérielle le diplômé offrirait-il au public en cas d'accident? Quel recours

exercer contre un praticien qui ne serait même pas propriétaire de ses instruments de travail ? Et puis ce serait donner à l'exploitation les caractères d'une opération commerciale tout à fait incompatible avec les notions admises sur la nature de la profession de dentiste.

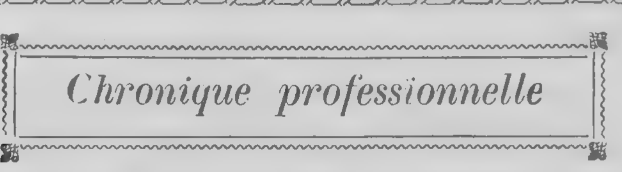
Nous savons bien que l'on peut nous opposer de puissantes raisons pour soutenir la doctrine adverse. En premier lieu, celles tirées du silence de la loi ; en second lieu, l'argument de texte tiré du même § 3 de notre article 16. On peut dire : mais le diplômé ne prête pas son nom pour permettre à un incapable d'exercer, bien au contraire, il exerce en son nom, (l'hypothèse ne peut être envisagée qu'à ce point de vue, car si le mécanicien pratiquait sous le sien, il y aurait matière à exercice illégal de l'art dentaire), c'est son droit, il importe peu qu'il ne soit pas propriétaire du cabinet pourvu qu'il ait le droit à l'exercice. Sans doute, l'argument a sa valeur ; mais qui voudra voir dans une pareille combinaison autre chose qu'un moyen détourné pour permettre à un mécanicien-dentiste d'exercer l'art dentaire sous le couvert d'un dentiste diplômé ? C'est lui qui aura le plus souvent les bénéfices d'une exploitation qui devrait rester dans le patrimoine des dentistes ; c'est lui qui s'immiscera à n'en pas douter dans les opérations du cabinet ; dans tous les cas, il stipulera la part léonine dans le rendement du cabinet. Et nous croyons rester dans la vérité juridique en disant que le diplômé n'est là qu'un prête-nom pour permettre au mécanicien-dentiste de tirer profit d'un cabinet dentaire qu'il ne peut exploiter directement. Notre opinion est qu'une pareille combinaison pourrait donner lieu à l'application du § 3 de l'article 16, non pour dire qu'elle est licite, mais au contraire pour faire déclarer le mécanicien-dentiste auteur principal du délit et le diplômé, complice du même délit. Et quoi qu'en puissent dire les délinquants et surtout le mécanicien-dentiste, il est bien certain que, pour ce dernier, l'intérêt de son intervention est de prélever sa part dans des recettes qu'il ne peut légitimer, qu'elles soient la résultante des travaux du diplômé, ou qu'elles soient, ce qui serait plus démonstratif encore, celle de sa collaboration effective. A chacun le sien, le cabinet dentaire aux dentistes, le cabinet de prothèse aux mécaniciens-dentistes. Toute convention destinée à rompre cet état de choses si simples est de nature à éveiller les soupçons et à justifier les investigations qui pourraient en être la conséquence.

Nous concluons en disant que la propriété et la gestion d'un cabinet dentaire doivent reposer sur la même tête, être dans les mêmes mains, c'est-à-dire dans celles du diplômé ; que toute autre combinaison, notamment celle intervenue dans les termes de notre question, est évidemment suspecte et expose ceux qui s'y livrent à des investigations dans le but de leur faire application des dispo-

sitions répressives du § 3 de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

Mais, ce qui tomberait d'une façon absolue sous le coup de la loi, ce serait une exploitation présentée au public dans ces termes — *Cabinet dentaire*, X DIRECTEUR. *Un chirurgien dentiste diplômé est chargé des opérations.* Si celui qui se donne comme « directeur » n'a pas le droit à l'exercice, il y a là une exploitation illicite. Nous ajoutons même que ce fait constituerait une véritable usurpation du titre de dentiste. En effet, pour tout le monde qui sera le « dentiste » ? La réponse vient tout naturellement, car l'idée du dentiste est intimement liée à celle du directeur d'un cabinet dentaire[1]. Et sous quel nom ont été remplies les formalités de l'inscription préalable sur les listes médicales exigées par la loi ? Pas sous celui de X directeur, cela est impossible. Une telle exploitation serait illicite et devrait être écartée.

EMILE ROGER,
Avocat à la Cour d'appel.



Sous cette rubrique, l'Odontologie se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle.

LETTRE DE LYON

APRÈS LE CONGRÈS.

Avant l'ouverture du Congrès national de cette année, nous nous sommes permis quelques hâtives réflexions, la veille de cette réunion, dans le Bulletin de l'Association des dentistes du Rhône et de la région. Maintenant, que le doute dont nous étions préoccupé fait place à des espérances qui nous sont chères, il y a quelque intérêt, croyons-nous, à les préciser davantage, puisque nous les savons communes à un grand nombre de nos confrères.

A cette interrogation : seront-ils les bons bergers ? les militants de l'enseignement libre qui, de Paris veulent, par leur exemple nous inciter à les suivre, ont fait une réponse catégorique. A défendre de tels intérêts (ceux de tous), on ne devient pas seulement orateur ; car ces revendications-là, Monsieur Godon, ne sont

1. Sur ce point, la Cour de Nancy a rendu un arrêt publié dans *l'Odontologie*.

point d'un berger, ni d'un chemineau comme vous le disiez à Charbonnières : elles sont celles d'un convaincu qui sent en lui frémir l'âme même d'une assemblée. Vous n'avez été, à ce moment, que le vibrant interprète de nos désirs d'indépendance.

L'impression en a été tellement générale que pour un peu nous allions nous mettre à l'œuvre tout de suite et faire comme vous. Hélas ! non ; une équivoque voulue laissait supposer qu'ici, comme à Marseille et à Lille, nous étions tous asservis à la grrr...ande famille médicale. Heureusement que la servilité qu'elle impose ne peut-être longtemps compatible avec l'esprit indépendant des artisans de notre profession.

Il eût été aisé au philosophe qu'est M. Godon d'insister sur l'action décevante de cette servitude chez le propagateur de ce vœu : *l'enseignement par l'Etat ;* c'était nous épargner que de ne pas souligner, dans la déclaration de notre président, cette erreur suivant laquelle l'auteur demande à l'Université d'enseigner ce qu'il affirme qu'elle ignore...

Mais nous gardons l'espoir qu'avec notre admiration pour l'œuvre d'un maître, nous pourrons lui conserver encore notre confiance, un moment égarée, mais non perdue, sur les hauteurs de l'Institut. Nous remercions d'autant mieux M. le directeur de l'Ecole de Paris de la courtoisie de sa harangue que, le jour des controverses étant arrivé, les polémistes virulents n'étaient pas venus. Il n'en a rien été dit, mais, sans doute, on en a pensé davantage, puisque la fable du sympathique M. Ronnet a rappelé aux congressistes celles de La Fontaine où il est question de marrons tirés du feu et de grenouilles qui demandent un roi.

Parmi nous, il y avait en outre des médecins désireux de se voir sans retard officialisés professeurs dentistes. Ils sont venus, ont été charmants et ont pu voir, par l'adoption du vœu du Dr Guillot de Lyon, que leur cause n'était pas la nôtre, au contraire. Il vaudrait mieux, si cela était possible, que trop d'officialité n'encombrât pas des réunions, selon nous strictement professionnelles ; nous consacrerions dès lors plus de temps à nos affaires, que l'on ne fait jamais mieux que soi-même, assure-t-on.

Nous aurons rarement, il est vrai, le bonheur d'une présidence plus efficace en bienveillante influence que celle de M. le docteur Lecaudey, le patriarche vénéré des dentistes. Puisse son exemple ramener les égarés d'hier et qu'il nous soit permis de lui en témoigner vivement notre reconnaissance au nom de tous les confrères de notre région !

30 août 1898.

ANTOINE DURAND.



CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef.

Je viens vous prier de bien vouloir publier dans *L'Odontologie* la relation d'un fait clinique que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois : il s'agit de *la douleur à la suite d'extraction.*

On a dénommé ces douleurs qui se produisent assez souvent : accidents post-opératoires, accidents d'extraction, accidents consécutifs à l'extraction, tout cela d'après les divers auteurs, qui, je crois, n'ont pas recherché les véritables causes de ces douleurs.

On a bien imaginé toutes sortes de gargarismes, topiques calmants, etc., etc., mais la façon d'intervenir que je vais indiquer en présence de ces fâcheux accidents ou plutôt de ces malencontreuses douleurs est, ce me semble, plus sûre ; je l'ai du reste maintes fois mise en pratique, et cela toujours avec succès.

Inutile d'ajouter que ces douleurs se produisent presque toujours plusieurs jours après l'opération.

Comme 1re cause, je crois qu'il est possible d'invoquer la pénétration de l'air dans l'alvéole.

Comme 2e raison, j'invoque les dégâts plus ou moins grands provenant des efforts que l'on est obligé de faire parfois pour extraire une dent et qui déterminent une déchirure exagérée des parties retenant la dent en place.

Enfin comme dernière hypothèse, les douleurs (sujet de mon observation) proviendraient d'un commencement d'infection du bord alvéolaire.

C'est à cette dernière raison que je veux m'arrêter et conclure que la guérison ne peut s'obtenir qu'à l'aide d'un antiseptique désinfectant.

Je fis donc usage de l'acide phénique.

La malade se présente, je la rassure d'abord, comme d'habitude, puis, avec la seringue qui sert d'ordinaire pour ces sortes d'opérations, je lui injecte tout simplement dans l'alvéole de l'eau phéniquée à 2 o/o (solution tiédie), pendant 2 ou 3 jours.

On remarque dès la première irrigation que le symptôme douleur tend déjà à disparaître et que la personne éprouve un soulagement, comme une sensation de fraîcheur. J'explique ce fait par l'action anesthésique de l'acide phénique.

J'ose affirmer que ce procédé très simple m'a toujours donné un bon résultat, et je serais heureux qu'il pût être utile à mes confrères.

L. Cazeaux ; fils D. E. D. P.
Dunkerque.



VARIA

Le coup du dentiste.

Un de nos plus brillants « chauffeurs », le vicomte de A. S., vient d'être victime d'une navrante mésaventure.

En promenant son automobile sur la route de Saint-Germain, il avait rencontré à plusieurs reprises une charmante bicycliste, dont il s'était violemment épris, et, aux coups d'œil échangés, il avait cru comprendre qu'il ne lui déplaisait pas.

Savoir son adresse fut facile. C'était la femme d'un dentiste, habitant l'un des quartiers élégants de Paris.

Le vicomte redoubla ses œillades assassines, passa et repassa devant Mme T... et finit par lier conversation. Quand il crut le moment favorable, il se permit de solliciter la faveur de faire une visite. Sa demande fut favorablement accueillie.

Le voilà donc autorisé et allant chaque jour passer quelques instants auprès de la belle... quand le mari n'était pas là.

Mais il n'était reçu que dans le salon... Il voulait pénétrer plus avant. Mme T..., qui est une honnête femme, comprit son imprudence et avertit son mari.

Celui-ci lui recommanda de ne rien changer à ses habitudes. Mais, le lendemain, au moment où le vicomte ciselait ses phrases les plus enjôlantes, il apparut brusquement.

— Monsieur vient pour la consultation ? demanda-t-il à l'amoureux ahuri.

— Oui, dit celui-ci saisissant la balle au bond. Une dent... du fond... qui me fait souffrir...

— Nous allons voir cela. Veuillez passer dans mon cabinet.

Le vicomte, qui a une denture magnifique, riait sous cape. Mais son hilarité fut de courte durée.

— Ah ! je vois cela, s'écria le dentiste. Oui... elle est cariée... Nous allons enlever cela.

— N'y aurait-il pas moyen... de guérir ?... balbutia M. de A. S..., terrifié.

— Non. Ne bougez pas... Crac ! Ça y est !

Le vicomte poussa un cri horrible. Le dentiste venait de lui arracher une molaire, parfaitement saine d'ailleurs.

— Ça a été vite fait, dit le bourreau triomphant. C'est vingt francs.

Le vicomte a donné le louis et est parti furieux et jurant bien qu'on ne l'y reprendrait plus.

Quant au dentiste et à sa femme, ils se tordaient. (*Figaro.*)

Moyen de se préserver du mal de dents.

Les feux de Saint-Jean. — Tous les ans, la veille de la Saint Jean-Baptiste, chaque village allume, après l'avoir bénit, le feu appelé *fougeau de Saint-Jean* dans l'arrondissement de Montmorillon, et partout ailleurs *johannée, jannée* ou *feu nouveau.*

Tandis que ce feu brûle, et cet usage existe dans le Montmorillonnais, et avec quelques variantes dans le Civraisain, les bergers et les bergères passent plusieurs fois dans les flammes, jusqu'à ce qu'elles soient *vralées*, pour employer le mot pâtois, des baguettes de noisetier cou-

pées la veille dès le matin. Au bout de cette baguette est un nœud d'herbes dites de la Saint-Jean, où pend une noix verte. Il faut mordre neuf fois dans cette noix pour se préserver du mal de dents pendant l'année. Chaque baguette, précieusement conservée, est le préservatif de certaines maladies qui, sans cette précaution, ne manqueraient pas d'atteindre le troupeau. (*Le pays Poitevin*).

TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 17. — *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes produits par la vulcanisation?*

? N° 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte: plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs, et pour les conserver ainsi juqu'au moment de leur emploi?*

LI-GA-MAN.

? N° 46. — *Existe-t-il un ouvrage sur le traitement de l'*aluminium *et sur son application à l'*art dentaire ?

? N° 50. — *Le* protoxyde d'azote liquéfié, *contenu dans une bouteille en acier déjà entamée, s'altère-t-il? En cas d'affirmative, au bout de quel laps de temps?* Dr A. R.

? N° 51. — *Quel est le fabricant de l'*angle universel *pour machine à fraiser?* Dr G.

? N° 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur* Barbe *tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'*Aide-Mémoire *de* P. Dubois? *R. B.*

? N° 65. — *Connaît-on un procédé pour empêcher la dilatation des rondelles en caoutchouc pour succions? Mes confrères ont-ils le même inconvénient que moi, qui suis obligé de les changer tous les deux mois ?* *E. B. de C.*

? N° 66. — *Un de mes patients, jeune homme de 21 ans, voit depuis deux ans ses gencives supérieures se couvrir constamment d'un enduit pâteux collant, finement granuleux. Cet état s'accompagne d'une sécheresse des lèvres avec légères crevasses. Quelle est l'étiologie de cette affection et que puis-je faire pour la combattre ?* *Dr S.*

? N° 68. — *Un mécanicien dentiste* non patenté *peut-il acheter un cabinet et l'exploiter en y plaçant un opérateur diplômé?*

☞ *Réponse.* — Nous donnons dans ce numéro, page 221 un article traitant cette question.

AVIS

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Les cours pour la scolarité 1898-1899 ouvriront le lundi 7 novembre ;

On peut dès à présent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, 45 rue de la Tour d'Auvergne.

18e ANNÉE. N° 18 30 SEPTEMBRE 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

AU RETOUR DU CONGRÈS DE LYON

Maintenant que les derniers échos de la discussion sur l'enseignement de l'art dentaire en France qui a marqué le Congrès dentaire de Lyon sont éteints, il est nécessaire d'en tirer les conclusions qui découlent des résolutions adoptées dans ce tournoi professionnel. Ces conclusions sont d'ailleurs trop importantes pour être passées sous silence.

Tout d'abord il convient de faire ressortir la note dominante de cette discussion, car cette note a été donnée par l'unanimité des congressistes, lyonnais, provinciaux ou parisiens, qu'ils s'appellent M. le Dr Martin ou M. Godon, M. le Dr Beltrami ou M. le Dr Guillot.

Tout le monde a été d'avis que l'enseignement de l'art dentaire doit être plus professionnel que médical et qu'il y a nécessité, urgence même, de donner beaucoup plus de développement, au point de vue des études et des examens, à la partie technique de notre art.

Ce principe fondamental, reconnu et établi dès le

début, a servi de base à la discussion des vœux qui s'est engagée ensuite. Mais, avec le résultat qui venait d'être atteint, les orateurs n'avaient plus qu'à aborder la forme à donner à cet enseignement et à envisager les meilleurs moyens de l'assurer. Alors il arriva ce qui devait arriver inévitablement : la logique conduisit les congressistes à acclamer l'idée si juste contenue dans le vœu de M. Godon, à savoir que l'enseignement de notre profession doit rester libre et confié aux associations professionnelles.

M. le docteur Martin, dans l'éloquent discours qu'il avait prononcé à la première séance, avait fait l'apologie de la dentisterie et de la prothèse. Il a recueilli tout naturellement les applaudissements de tous ses confrères et ne s'est séparé d'eux qu'en concluant d'une façon tout à fait illogique que le meilleur moyen d'accorder la place qu'elle mérite à la partie technique de notre art consiste à en confier l'enseignement à l'Etat, qui l'ignore et qui ne peut que continuer à l'ignorer.

Le plaidoyer en faveur de la prothèse prononcé par l'honorable président a certainement été à l'encontre du but qu'il poursuivait et a servi puissamment les idées des partisans de l'enseignement professionnel libre.

Aussi notre cher directeur, M. Godon, a-t-il trouvé le terrain parfaitement préparé pour présenter et développer comme il convenait les arguments les plus solides et émettre les idées les plus élevées en faveur de la thèse que nous soutenons.

Sa parole enflammée, ardente, débordante, à chaque mot, de sincérité et de passion, a suffi à enlever de haute lutte la victoire, et tous, nous avons véritablement admiré le talent et l'énergie de cet homme infatigable qui, depuis plus de vingt ans sur la brèche, ne cesse de consacrer toute son activité et toute son intelligence à

l'enseignement de cette profession qu'il aime comme on chérit son enfant.

Dans cette grande assemblée, qui comptait environ cent membres venus de tous les points de notre territoire, où les Parisiens divisés sur cette question n'étaient qu'en tout petit nombre (onze), une majorité écrasante a prouvé que les dentistes français n'abdiquaient pas, qu'ils avaient conscience de leurs droits et de leur force, et a repoussé la proposition de M. le Dr Martin. Pour la deuxième fois, et espérons-le, pour la dernière, cette question de l'enseignement par l'Etat, déjà débattue au Congrès de Bordeaux en 1895, a été tranchée dans le même sens. A Lyon, elle avait pour la défendre l'autorité de l'homme éminent qui s'est jeté un instant dans le combat, dans la pensée de la faire résoudre suivant ses désirs. Mais malgré le respect et l'estime que nous professons tous pour lui, il n'a pas été suivi ; aussi avons-nous la certitude que cette question est définitivement résolue.

Cela dit, il nous reste à passer en revue les autres vœux votés par le Congrès.

Les deux vœux de M. Godon nous donnent une entière satisfaction et sont conformes aux revendications des chirurgiens-dentistes que nous avons exposées il y a quelque temps.

Le premier demande que les écoles dentaires libres soient fondées sur des bases impersonnelles et philanthropiques par l'iniative des associations professionnelles, et que le recrutement de leur corps enseignant se fasse indistinctement dans les diverses catégories de dentistes : chirurgiens-dentistes, docteurs en médecine dentistes ou simplement dentistes. Ce ne serait donc plus le diplôme médical qui assurerait la supériorité du candidat, mais bien sa valeur professionnelle, et

c'est là la meilleure garantie qu'on puisse demander.

Le deuxième vœu porte que : les décrets et arrêtés « concernant l'enseignement et les examens en vue de » l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste soient » modifiés conformément aux besoins de l'art den- » taire et du public, notamment en ce qui concerne » la dentisterie opératoire et la prothèse, et que, » pour leur exécution, il soit désormais fait impartia- » lement appel aux dentistes, chirurgiens-dentistes et » docteurs en médecine dentistes, sans autre distinc- » tion que celle de leur valeur professionnelle ».

La première partie de ce vœu répond à nos désirs en ce qui touche la réforme du troisième examen, dont l'épreuve technique et pratique, telle qu'elle existe actuellement, est incontestablement insuffisante ; la deuxième partie concerne le recrutement du jury de ce troisième examen, qui doit être basé sur le principe d'égalité — en ce qui concerne l'exercice de notre profession — des docteurs en médecine et des chirurgiens-dentistes établi par la loi de 1892.

Il est certain que les règlements sur l'enseignement et les examens en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, ou tout au moins l'application qui en est faite, sont en désaccord avec l'esprit même de la loi. Ainsi, tandis qu'à Bordeaux les jurys d'examen sont composés, ainsi que le veut la loi, de professeurs de la Faculté et de chirurgiens-dentistes, chacun sait qu'il n'en est pas de même à Paris. Cela prouve que l'Administration n'interprète pas ces règlements partout de la même manière, qu'elle change d'opinion suivant les latitudes, et surtout qu'en province elle fait preuve d'un esprit plus juste et plus libéral qu'ici. Quoi qu'il en soit, il y a là pour les confrères placés à la tête des sociétés professionnelles un point à éclaircir et ils ont le devoir

de porter la question devant M. le Ministre de l'Instruction publique.

Nous arrivons au troisième vœu, celui de MM. Viau et Godon, relatif à la dispense de deux années de service militaire actif à accorder aux mécaniciens-dentistes par assimilation aux ouvriers des industries d'art sous la rubrique : ouvriers fabriquant des appareils de précision et de chirurgie DENTAIRE, *rubrique existant actuellement, mais complétée par le mot* dentaire. *L'adoption de ce vœu sans discussion démontre l'intérêt que nous portons tous à nos collaborateurs du laboratoire.*

Enfin vient le vœu de M. le Dr Guillot (de Lyon), qui tend à ce que les docteurs en médecine qui veulent exercer la profession de dentiste soient tenus de posséder le diplôme de chirurgien-dentiste.

*Le congrès a adopté à l'*unanimité *cette proposition toute platonique, mais dont l'effet moral ne sera pas moins excellent.*

Notre honorable confrère de Lyon, qui a déjà tant contribué à la création du centre professionnel de cette région, a droit à toutes nos félicitations ; le dépôt de ce vœu est un véritable acte de courage. M. le Dr Guillot s'est résolument placé sur le terrain cher aux dentistes et il a dit bien haut ce que nous pensons tous et ce que l'intérêt du public exige.

Ce vœu revêt une importance considérable en raison de ce qu'il émane d'un docteur en médecine et d'un véritable dentiste, dont la réputation est au-dessus de toute discussion. Il pose très nettement la conclusion naturelle à laquelle aboutissaient les idées exprimées par M. le Dr Martin, lorsque celui-ci déclarait avec raison que les docteurs en médecine ont tout à apprendre dans notre art. *S'il est vrai qu'ils ont tout à apprendre, il est logique que l'État s'assure par un examen qu'ils l'ont en effet*

appris et qu'ils joignent à un titre accessoire en définitive celui de chirurgien-dentiste, qui est indispensable pour exercer honorablement notre profession.

On voit donc par l'énumération des vœux adoptés par le Congrès, vœux qui avaient tous trait à l'exercice et à l'enseignement de notre profession, que, dans la libre discussion qu'ils ont provoquée, les idées de liberté et de revendication de nos droits ont eu le plus grand succès. C'est, à notre avis, une victoire précieuse et que nous pouvons rendre décisive. Ce doit être surtout un encouragement pour les chirurgiens-dentistes, qui peuvent constater ainsi que leur situation est loin d'être menacée. Mais il faut qu'ils continuent à lutter pour leur cause, qui en cette circonstance, se trouve être la bonne cause; il faut qu'ils prennent en mains leurs intérêts et dirigent eux-mêmes leur politique, en se pénétrant bien de cette pensée que ces intérêts ne seront jamais mieux défendus que par eux et qu'il est de leur devoir de s'en occuper activement.

La plupart des nouveaux venus dans la profession paraissent trop indifférents à ces débats et ce sont pourtant eux seuls qui y sont intéressés. Les hommes qui se sont constitués leurs champions vieillissent et se fatiguent; il est temps qu'une phalange de jeunes dévouements leur vienne en aide.

Si partout des sociétés professionnelles se créent, il importe que les chirurgiens dentistes dirigent le mouvement. Il faut, pour le succès définitif de la cause, que ces sociétés s'unissent et arrivent à former une vaste fédération, à la tête de laquelle seront placés les plus dévoués et les plus qualifiés d'entre leurs membres. Il est indispensable qu'ils prennent quelques heures par mois sur leurs occupations pour améliorer leur situation morale et professionnelle et empêcher le retour de théories qui seraient désastreuses pour eux et pour l'art dentaire,

si elles parvenaient à être admises. Les vœux qui ont été adoptés ne sauraient rester sans effet ; il faut qu'ils soient réalisés et, pour cela, l'union et la collaboration de tous sont nécessaires.

Qu'on se rappelle à ce sujet les paroles prononcées par M. le Doyen de la Faculté de médecine à une séance d'inauguration des cours de l'Ecole dentaire de Paris, où j'avais l'honneur d'exposer et de défendre devant lui l'importance de nos travaux pratiques et en particulier de la prothèse :

« Ce sont les sociétés libres qui sont à côté des institutions officielles qui imposent en quelque sorte par leurs organes le minimun de connaissances indispensables que l'on doit exiger aux examens ».

De telles paroles émanant d'une personnalité aussi haut placée et d'une autorité si incontestée suffisent à nous tracer notre devoir. Le conseil nous a été donné ; à nous de le suivre et de faire le reste.

P. MARTINIER.

4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

DES LÉSIONS DES DENTS ET DE LA MUQUEUSE GINGIVALE DANS LES DIVERSES DIATHÈSES

Rapport présenté par le Docteur JULIEN TELLIER,
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon,
Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

I

La réunion de l'appareil dentaire et de la muqueuse gingivale peut être envisagée comme constituant ce qu'en anatomie topographique on nomme une *région*, la région gingivo-dentaire. De par la situation qu'elle occupe dans la cavité buccale, de par les particularités anatomiques qu'elle présente, cette région a une physionomie spéciale,

qui n'a pas d'analogue dans le reste de l'économie et qui commande en quelque sorte le mécanisme des altérations pathologiques dont elle est le siège, altérations bien caractéristiques, en dehors même des lésions des tissus dentaires proprement dits.

La région gingivo-dentaire est constituée, de la périphérie à la profondeur, par la gencive, les articulations dentaires, les tissus durs des dents, la pulpe dentaire avec ses vaisseaux et ses nerfs. On n'y trouve pas de tissu musculaire ; à la rigueur cependant on pourrait y rattacher les muscles qui agissent indirectement sur elle par l'intermédiaire des maxillaires, c'est-à-dire les muscles masticateurs ; à vrai dire, certaines lésions de la région gingivo-dentaire retentissent d'une manière assez particulière sur l'un d'entre eux, le masséter, pour qu'on puisse le considérer comme faisant partie de cette région. Dans une étude sur l'ensemble de toutes les maladies de l'appareil dentaire, on serait parfaitement autorisé à accepter cette manière d'envisager les faits.

Il n'entre pas dans notre pensée de décrire les divers éléments constituant la région gingivo-dentaire ; nous dirons seulement quelques mots des rapports de ces divers éléments entre eux, pour permettre de comprendre le mécanisme de certains phénomènes pathologiques que nous aurons plus tard à étudier.

La gencive appartient au type dit des fibro-muqueuses ; elle est recouverte dans toute sa portion libre par un épithélium du type malpighien, dépourvu de glandes. Par sa face libre, elle est en rapport avec la cavité buccale ; par sa face profonde avec les articulations dentaires dans la plus grande portion de son étendue, et directement avec les tissus durs de la dent, sur une hauteur très minime, il est vrai, mais réelle, au niveau du point où, comme on dit, elle *sertit* le collet dentaire. Il y a là un très court espace où il n'y a entre la gencive et la dent qu'un rapport de contiguïté, très important à signaler; le tissu fibreux constituant le chorion de la muqueuse est directement au contact du collet, l'adhésion en ce point ayant pour condition nécessaire l'intégrité des tissus et l'absence de tout corps étranger à ce niveau.

Sous la gencive sont situées les articulations dentaires, dont les éléments sont constitués par les procès alvéolaires, la racine dentaire recouverte de cément, et, interposé entre eux, le ligament alvéolaire. Nous acceptons donc, sans qu'ils soit loisible de la discuter ici, la manière de voir des anatomistes qui considèrent le tissu interalvéolaire comme un ligament (Malassez, Collaud, Beltrami), et non comme du périoste, et nous envisageons l'union des dents et des maxillaires comme une articulation ou plutôt un ensemble d'articulations. Les procès alvéolaires sont formés de tissu spongieux, dont les aréoles contiennent les éléments cellulaires, vaisseaux, etc., constituant la

moelle osseuse. Le ligament alvéolo-dentaire est un tissu conjonctif fasciculé, dont les faisceaux sont intimement accolés entre eux et s'entrecroisent dans les directions diverses Certains de ces faisceaux vont se perdre dans le tissu de la gencive, au voisinage du collet; d'autres pénètrent dans le tissu alvéolaire et dans le cément, à la manière des fibres de Sharpey (Malassez). Les vaisseaux et les nerfs sont entourés d'une atmosphère de tissu conjonctif lâche. Les éléments cellulaires sont constitués par des cellules à crêtes en forme d'ailettes, disposées comme dans le tissu tendineux, au niveau des faisceaux connectifs, et par les cellules fixes ordinaires du tissu conjonctif là où il se trouve du tissu connectif lâche. En un mot, le ligament est du tissu conjonctif et réagira comme tel en présence des causes susceptibles d'en amener l'inflammation. Nous n'entrerons dans aucun détail ni au sujet des dents, soit au point de vue de la structure de leurs tissus soit au point de vue de leur constitution chimique, ni au sujet des vaisseaux et des nerfs de la région. Les lymphatiques de la gencive aboutissent aux ganglions de la région sous-maxillaire. Ainsi constituée, la région gingivo-dentaire présente enfin ce caractère particulier d'être située tout entière dans une cavité de l'organisme qui communique elle-même avec l'extérieur ; c'est dire qu'elle subira, comme la cavité elle-même, l'influence de toutes les maladies qui ont une action plus ou moins directe sur cette cavité, les tissus qui forment ses parois, leurs secrétions, etc. Mais, souvent du moins, le mode de réaction de la région gingivo-dentaire en présence de ces diverses maladies prendra, du fait même des rapports anatomiques des éléments qui la composent, une allure spéciale qui en légitime à la fois la conception en région et la distraction du reste de la cavité buccale.

En résumé, trois faits ou groupes de faits caractérisent la région gingivo-dentaire : 1° le fait qu'elle est tout entière renfermée dans la cavité buccale, et les conséquences qui en découlent; 2° les rapports des divers éléments qui la constituent ; 3° la présence des dents formées de tissus spéciaux et à maladies spéciales dans un grand nombre de cas, mais enfin de tissus participant à la vie générale de l'organisme et pouvant réagir d'une façon particulière quand l'organisme est atteint dans son ensemble.

II

Les maladies générales, on le sait, jouent un grand rôle dans la production des lésions de la cavité buccale, que leur action soit temporaire, comme dans les affections aiguës (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc.) et certaines intoxications (mercurialisme), ou durable sinon permanente, comme dans certaines autres intoxications (alcoo-

lisme, par exemple) et la catégorie assez élastique des états dits constitutionnels, tempérament, diathèses, etc. ; cette dernière doit seule nous occuper et nous devons maintenant bien délimiter notre sujet. Nous bornerons notre étude aux seules lésions de la région gingivo-dentaire. Il nous reste à définir, sinon ce que l'on doit comprendre, du moins ce que nous comprendrons sous le nom de diathèses, et ce n'est pas là le moins difficile de notre tâche.

Il n'est pas en effet, en pathologie générale, de terme dont la définition ait donné lieu à plus de discussions que celle de ce mot diathèse. Si, dans le langage courant il semble qu'on comprenne assez bien ce qu'il faut entendre par là, quand il s'agit de serrer de près les faits, on est tout d'abord en présence de réelles difficultés. Nous n'avons pas la prétention de les résoudre ; il suffit de bien s'entendre.

A un moment donné, les conceptions de la diathèse étaeint parmi les médecins si diverses et si contradictoires qu'on avait presque renoncé à employer le mot et qu'on l'avait en quelque sorte rejeté de la terminologie médicale. Si depuis on l'y a fait rentrer, grâce aux écrits de Bazin, de Trousseau, etc., à ceux plus récents de Lancereaux, Bouchard, etc., l'accord est loin d'être fait sur la signification qu'il comporte, et surtout sur le nombre des diathèses. La notion, relativement récente, de l'infection et des états infectieux a fait rejeter du groupe des diathèses des maladies comme la syphilis et la tuberculose, et pourtant on parle couramment encore de la diathèse syphilitique, de la diathèse tuberculeuse.

Sans vouloir entrer dans l'examen de toutes les opinions émises sur la signification du mot diathèse, nous allons rappeler les deux principales d'entre elles, celles qu'on peut en quelque sorte appeler classiques. L'école de Montpellier, dont les vues sont développées par M. Grasset dans l'article Diathèses du dictionnaire Dechambre, envisage la diathèse comme « une maladie générale, une affection spontanée, émancipée de sa cause provocatrice, une affection chronique, c'est-à-dire dont les actes manifestateurs sont lents, où s'ils évoluent rapidement, sont séparés par des intervalles, enfin dont les manifestations sont multiples et variées (troubles fonctionnels, lésions anatomiques, troubles nutritifs) ». En un mot la diathèse est un état morbide ; c'est toujours une maladie générale, d'allures chroniques ; et M. Grasset admet comme diathèses la syphilis, la goutte, la scrofule, la tuberculose, l'herpétisme, le cancer, le rhumatisme, l'impaludisme, l'alcoolisme.

La définition proposée par M. Bouchard est plus généralement admise aujourd'hui ; c'est, dit-il, « un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme formes symptomatiques, comme siège anatomique, comme processus pathologique » ; en d'autres termes c'est une pré-

disposition générale à contracter un certain nombre de maladies qui sont supposées avoir un lien commun (Le Gendre).

L'Ecole de M. Bouchard n'admet que deux diathèses : l'arthritisme et la scrofule. Ni la syphilis, ni la tuberculose, pas plus que l'impaludisme ou l'alcoolisme ne sont des diathèses. Ce qui constitue la marque distinctive d'une diathèse, c'est un trouble *permanent* des mutations nutritives, un ralentissement de la nutrition, caractéristique de l'arthritisme et de la scrofule ; dans les intoxications, dans les affections virulentes et parasitaires, dans le cancer, il y a bien des troubles nutritifs spéciaux, résultante directe des modifications apportées aux cellules de l'organisme par l'action plus ou moins prolongée des facteurs étiologiques ; mais ils n'offrent pas cette particularité d'être primitifs et permanents, indispensables pour leur mériter la qualification de diathésiques.

Telle est, rapidement résumée, la conception de la diathèse développée par M. Bouchard et généralement adoptée dans ses grandes lignes. S'il ne nous appartient pas de la discuter, peut-être ne nous est-il pas défendu de chercher à l'élargir et de rechercher si, même dant l'état actuel des idées, on n'est pas autorisé à rattacher au groupe des diathèses une ou plusieurs des affections qui en ont été distraites, tout en restant dans l'esprit général de la manière de voir exposée ci-dessus.

En ce qui concerne l'alcoolisme et l'impaludisme, il semble qu'il n'y a pas matière à discussion ; l'alcoolisme est une intoxication, l'impaludisme est regardé aujourd'hui comme une maladie parasitaire ; ni l'une ni l'autre de ces deux affections ne présentent les caratères généraux que nous avons admis comme particuliers aux diathèses. Il en est de même pour le cancer ; les troubles nutritifs graves de la carcinose n'offrent pas l'allure permanente indispensable, nous l'avons dit, pour rentrer dans le groupe que nous étudions.

En est-il ainsi pour la syphilis et la tuberculose ? Toutes deux sont des affections virulentes, et il est plus naturel de les rattacher aux états infectieux bien différents des diathèses. Cependant, dans la syphilis, si l'on étudie la marche de la maladie en dehors de la période infectieuse proprement dite, de la période aiguë, si l'on peut s'exprimer ainsi ; si l'on considère les modifications profondes et persistantes produites dans l'organisme par le fait de l'agent virulent, on peut dire que l'infection a eu pour conséquence un état *permanent* qui constitue un véritable tempérament morbide substitué au tempérament physiologique antérieur, en d'autres termes une diathèse. Ce tempérament est transmissible par l'hérédité. Nous étudierons donc l'action de la syphilis sur le système dentaire, en la rangeant, ces réserves faites, dans le groupe des diathèses. Nous y sommes d'autant plus autorisé que le rachitisme est considéré comme répondant à la défi-

nition de la diathèse, maladie due à un ralentissement de la nutrition qu'il est souvent la conséquence de la syphilis, et que, au point de vue spécial de notre étude, point de vue qu'il faut surtout considérer, les lésions que nous aurons à étudier ont été rattachées tantôt au rachitisme, tantôt à la syphilis.

Etant donné qu'on range généralement la scrofule au nombre des diathèses, étant donné d'autre part les rapports étroits qui existent entre la scrofule et la tuberculose, la scrofule n'étant pour bien des auteurs, et cette opinion est basée sur de solides arguments, qu'une tuberculose atténuée, il ne serait pas irrationnel d'admettre encore une diathèse tuberculeuse. Mais les lésions gingivo-dentaires tuberculeuses ne nous paraissent pas présenter des caractères assez intéressants pour qu'il soit nécessaire de prolonger cette discussion, et nous la laisserons de côté, pour n'avoir pas à trancher une question de doctrine.

Le mal de Bright, pour Semmola, a pour point de départ une perturbation dans la constitution chimique des matières albuminoïdes du sang, par suite de laquelle ces matières, devenues diffusibles d'une manière anormale, traverseraient les épithéliums des reins, qui d'ordinaire les retiennent. L'albuminurie, par le fait de ce trouble de nutrition, serait susceptible d'être rangée au nombre des diathèses : mais elle est généralement plutôt considérée comme la conséquence d'une intoxication, d'une infection ou de l'artério-sclérose, et nous la laisserons en dehors de notre étude. Nous passerons de même sous silence le scorbut et l'hémophilie, qui ne sont pas des affections correspondant à notre définition des diathèses, et le groupe de maladies décrites sous le nom de diathèse lymphogène, qui doivent être rattachées pour la plupart à des états infectieux.

En résumé nous étudierons les lésions de la région gingivo-dentaire dans les diverses diathèses suivantes : en premier lieu, dans les états morbides caractérisés par des troubles primitifs et permanents des fonctions nutritives (élimination incomplète ou insuffisantes des produits de la vie cellulaire) ; par un ralentissement de la nutrition tel que dans les dyscrasies acides : diabète, goutte, rachitisme, ostéomalacie ; en second lieu, dans les états morbides où il semble que l'organisme est modifié dans ses fonctions de nutrition par une cause inconnue qui s'y produit, états confondus en nosographie sous le nom de rhumatisme (et cela toutes réserves faites sur la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu) ; enfin, dans des états morbides où des troubles analogues de la nutrition sont dus à des modifications de l'organisme créées ou préparées par une infection, tels que la scrofule affection paratuberculeuse, et la syphilis héréditaire, affection parasyphilitique (Fournier).

III

Arthritisme. — Il est malaisé de donner une définition précise de l'arthritisme. On rencontre, d'après les idées de l'école de M. Bouchard, les caractères du ralentissement de la nutrition (de la nutrition retardante) isolés ou groupés dans un certain nombre de maladies, différentes entre elles par le siège, l'évolution, les lésions, etc., et qui pourtant présentent un certain degré de parenté; on observe ces diverses maladies plus particulièrement parmi les individus chez qui on rencontre souvent aussi du rhumatisme ou de la goutte, affections confondues autrefois sous le nom d'*arthritis*. Ces maladies sont les lithiases, l'obésité, le diabète, la goutte et le rhumatisme sous ses différentes formes : elles sont dites arthritiques. Le lien qui les unit entre elles est un trouble de nutrition primitif et permanent, une diathèse, et cette diathèse, c'est l'arthritisme.

Il est de notion courante, en pathologie générale, que les affections buccales sont fréquentes dans ces divers états; c'est là une affirmation qui se trouve dans tous les classiques, répétée par tous les auteurs. Nous allons maintenant étudier quelles sont ces lésions, chercher à en fixer le mécanisme, discuter leurs rapports avec les affections causales, et nous étudierons successivement à ce point de vue le diabète, la goutte et le rhumatisme articulaire.

Diabète. — Le diabète est une maladie où l'urine contient continuellement une portion notable de sucre de fécule (Bouchardat). Cette définition, quoique un peu simpliste au point de vue de la pathologie générale, nous suffit; nous n'avons pas, je le répète, à traiter de questions de doctrine. Parmi les maladies arthritiques c'est dans le diabète que l'on observe le plus fréquemment, le plus indiscutablement des affections de la région gingivo-dentaire. On décrit des lésions portant sur tous les tissus constituant la région; la gencive, les articulations dentaires, les dents elles-mêmes. De parti pris, je laisse de côté les autres portions de la cavité buccale ; dans tout ce qui va suivre, on pourrait, avec quelques variantes, étendre à la muqueuse buccale ce qui sera dit de la muqueuse gingivale.

Les lésions buccales sont-elles constantes dans le diabète? Non, dit Lasègue ; « l'état de la bouche n'est rien moins que pathognomonique; s'il est vrai que dans les types très accusés la sécheresse devient caractéristique, dans un grand nombre de cas moyens, la bouche conserve un aspect anormal ». D'autre part, la gingivite est souvent un des symptômes de début du diabète, et il faut bien le dire, fréquemment le diabète méconnu est dépisté par un dentiste avisé, consulté pour une affection des gencives. Donc, voilà un premier fait acquis : les lésions buccales ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité de la glycosurie et ne sont pas constantes.

On décrit chez les diabétiques les lésions suivantes :

Gencives. — Elles sont atteintes de bonne heure, rouges, desséchées (Frerichs) ; rougeur, tuméfaction, état fongueux avec tendance aux hémorragies, tels sont (P. Dubois) les symptômes présentés par la muqueuse gingivale, à une période plus avancée. On cherche en vain, dans les descriptions, des caractères spéciaux à cette gingivite, il n'y en a pas; les symptômes objectifs ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on rencontre dans les gingivites reconnaissant une étiologie différente, quelle qu'elle soit. Bornons-nous donc à en constater l'existence.

Articulations dentaires. — A l'état normal, les dents sont solidement implantées dans leurs alvéoles ; le mode d'implantation est fixe pour chaque individu. Chez les diabétiques, on assiste d'abord à des modifications de l'implantation ; autrement dit, on observe des déviations qui n'ont rien de caractéristique et qui sont commandées surtout par les conditions locales du voisinage. En un mot, il se produit au niveau d'une ou de plusieurs dents des modifications de rapports articulaires qui entraînent des modifications parallèles de la direction des axes des dents. A ce moment la solidité des dents est encore peu diminuée ; peu à peu on constate un ébranlement qui s'accentue progressivement ; les rapports des dents et des gencives sont changés (retrait de la gencive, décollement). Si à ce moment on exerce une pression sur la muqueuse, suivant le grand axe de l'articulation dentaire, on voit sourdre au niveau du collet une quantité plus ou moins considérable de liquide purulent (pyorrhée alvéolaire). L'ébranlement devient de plus en plus considérable et aboutit à la chute spontanée des dents. En un mot, on observe les symptômes de cette affection dont la pathogénie a donné lieu à tant de discussions : la pyorrhée alvéolo-dentaire ; nous adopterons cette dénomination qui ne préjuge rien de la nature de la maladie.

Tissus dentaires. — Si l'existence de la pyorrhée d'origine diabétique est un fait généralement admis, l'accord est loin d'être aussi unanime sur les lésions des tissus dentaires d'origine glycosurique. « Je ne saurais que dire de la dentition des diabétiques, dit Lasègue ; pour Bourchardat, les dents sont en mauvais état, elles s'ébranlent, *se carient*. Malheureusement, l'influence si considérable exercée par les diverses diathèses sur la constitution des dents est encore à l'étude, si tant est qu'on l'étudie. Les dentistes instruits manquent de renseignements précis sur la santé de leurs clients et les médecins déclinent leur compétence ». Les renseignements fournis par les traités classiques du diabète et les grands dictionnaires, pas plus que les observations publiées dans les journaux d'odontologie, tant en France qu'à l'étranger, ne permettent d'établir de règle générale en ce qui concerne les lésions des tissus dentaires dans cette diathèse. — On

lit dans le *Traité du Diabète* de Lécorché que la carie est fréquente, que les dents deviennent noires et présentent des foyers de carie qui évoluent sans grande douleur. Pour Falck, la carie débuterait le plus souvent au niveau de la deuxième grosse molaire ; la cause en serait dans le voisinage de l'orifice du canal de Sténon. Pour Lécorché, la carie serait même observée plus fréquemment que la pyorrhée alvéolo-dentaire.

D'autre part, il n'est pas rare de voir les diabétiques présenter des dents saines : pour ma part, il ne m'a pas semblé, chez les quelques glycosuriques que j'ai pu observer depuis quelques mois dans les services des hôpitaux, que la carie fût chez eux plus fréquente qu'à l'état normal. J'ai observé un malade porteur de dents cariées longtemps avant qu'on eût constaté du sucre dans les urines et chez lequel une poussée de pulpite avec périostite coïncidait réellement avec une augmentation de la quantité de sucre rendue par vingt-quatre heures ; on constatait en même temps l'existence d'une gingivite plus intense, mais sans pyorrhée alvéolaire.

Il semble que la carie préexistante prenne, du fait même de la glycosurie, une marche plus rapide que dans les conditions ordinaires. Mais nous manquons de documents précis et d'observation bien prises en assez grand nombre pour affirmer formellement que la carie dentaire est *notablement* plus fréquente chez les diabétiques que chez les autres individus. Les dentistes, d'ailleurs, sont très réservés à ce sujet ; les dents s'ébranlent, dit Dubois, et *parfois* se carient d'une manière rapide ; ces caries se produisent vers le collet et dans les interstices des grosses molaires. On le voit, l'affirmation est plus nette en ce qui concerne l'allure rapide des lésions qu'en ce qui regarde leur existence même.

M. Cruet a publié dans la *Revue de Stomatologie* une observation où, chez un malade atteint de diabète sucré déjà ancien, on constatait l'existence d'une névralgie rebelle et violente qui avait pour cause un névrôme douloureux de la gencive, dans un point correspondant à une molaire extraite depuis longuemps. Il est difficile d'établir l'influence propre au diabète dans cette observation.

Etat de la salive. — La plupart des auteurs attribuent l'existence des lésions que nous venons de résumer à un vice de la secrétion salivaire ; mais ils sont en désaccord lorsqu'il s'agit d'établir en quoi il consiste. Chez les glycosuriques la salive est peu abondante et sa réaction variable, tantôt alcaline, tantôt acide (dans l'intervalle des repas). Elle a un goût sucré ; Falck, Hoppe, Seyler ont constaté qu'elle contenait du sucre et de l'acide lactique : ni Mosler ni Claude Bernard n'ont trouvé de sucre dans la salive parotidienne. Il semble démontré que la salive mixte contient du sucre et de l'acide lactique ; pour Bouchard, elle contiendrait un acide non encore déterminé, mais qui n'est pas l'acide lactique.

On observe, en résumé, dans le diabète, des lésions de tous les tissus de la région gingivo-dentaire. Ces lésions évoluent-elles chacune pour leur propre compte ? Sont-elles au contraire solidaires les unes des autres, et en ce cas quel est leur ordre de succession ? Quelle en est la pathogénie ? Voilà une série de questions qui se présentent à notre examen.

La région gingivo-dentaire est située tout entière dans la cavité buccale, où vivent un grand nombre d'espèces microbiennes qui, à l'état normal, n'ont pas d'action nuisible sur ses différents tissus. Sans qu'on soit encore fixé d'une façon absolument certaine sur le mécanisme de cette immunité, les travaux de ces dernières années, dus à Sanarelli, Galippe, Miller, Albert Mills, Frey et Sauvez, Hugenschmidt, nous fournissent cependant un certain nombre de données utiles, basées sur des recherches vraiment scientifiques. L'immunité peut tenir au rôle bactéricide de la salive, démontré par les expériences de Sanarelli, de Mills, niée par Miller, et considérée par Hugenschmit comme étant des plus problématiques. Toutefois, le rôle de la salive semble très important dans la protection buccale ; par son action mécanique, elle dilue les bactéries, les agglutine et les entraîne dans la cavité stomacale. Dans toutes les maladies où la sécrétion salivaire diminue (et c'est le cas pour le diabète) ce moyen de défense est très affaibli. D'autre part, la salive joue encore un rôle considérable par deux autres procédés ; elle dilue les détritus alimentaires, les entraîne, empêche leur stagnation et par suite leur fermentation ; elle entrave aussi les fermentations en raison de sa réaction alcaline (Mendel, Frey et Sauvez) ; et la salive est fréquemment acide chez les diabétiques.

M. Hugenschmidt regarde comme très contestable le rôle du mucus buccal (exsudation liquide permanente à la surface des glandules buccales) qui posséderait quelque chose des propriétés bactéricides du sérum sanguin et du sulfocyanure de potassium comme antiseptique salivaire. Pour lui, le rôle principal dans la résistance des tissus constituant les parois de la cavité buccale est dévolu à la phagocytose, « fonction générale, mais favorisée ici d'une façon toute spéciale, grâce à la constance de l'attraction exercée sur les leucocytes par les produits microbiens présents dissous dans la salive ». (Chimiotactisme positif de la salive).

A l'action défensive de la phagocytose s'ajoute un autre mode de protection de la cavité buccale, et plus spécialement des gencives ; la desquamation incessante de l'epithélium dont les cellules détachées entraînent constamment avec elles de nombreuses bactéries. En outre il ne faut pas négliger l'action des espèces microbiennes les unes sur les autres (Mendel) ; la concurrence vitale des diverses espèces, qui est un des principaux agents de destruction des bactéries, est très

intense dans la bouche, vu l'antagonisme qui existe entre les deux principaux groupes de microbes buccaux, les pathogènes et les saprogènes (Frey et Sauvez).

La conclusion qui ressort des lésions que nous avons décrites ci-dessus dans le diabète, c'est la diminution ou la disparition de l'immunité normale de la cavité buccale ; c'est là le fait démontré par la clinique. Il serait donc très intéressant d'étudier, par des expériences analogues à celles qui ont permis d'établir la réalité et le mécanisme de l'immunité normale, en quoi les facteurs de cette immunité sont modifiés chez les diabétiques. Je ne sache pas qu'elles aient été tentées ; le peu de temps qui s'est écoulé depuis qu'on m'a fait l'honneur de me charger de ce rapport m'a empêché de songer à entrer dans cette voie. Les principales questions à résoudre expérimentalement seraient les suivantes : examen de la composition chimique de la salive chez les diabétiques. — En dehors de la présence du sucre dans la salive mixte, y a-t-il d'autres changements portant sur les proportions des parties constituant le liquide salivaire capables de modifier ses propriétés au point de vue de la destruction des espèces microbiennes, si tant est que la salive ait un pouvoir bactéricide. — En quoi la présence du sucre ou d'un acide influe-t-elle sur la salive en tant que milieu de culture ? Quelle est leur action sur les différentes espèces microbiennes de la bouche, sur leur vitalité, leur résistance, leur virulence ? — Puisque les propriétés chimiotactiques positives de la salive normale semblent démontrées, ces propriétés sont-elles diminuées dans la salive des diabétiques ? Tels sont les faits principaux qu'il faudrait établir expérimentalement. Dans le cours des recherches, il est probable qu'il surgirait à chaque pas des problèmes secondaires que nous ne pouvons que soupçonner. Avant que ces questions soient résolues, on ne peut qu'émettre des hypothèses sur la pathogénie des lésions gingivo-dentaires dans le cours du diabète.

Il n'est cependant pas inutile, ne serait-ce que pour fixer les idées, de chercher à se représenter quel est le mécanisme de la production des phénomènes observés. En dehors de toute expérimentation, un premier fait nous semble acquis : c'est l'amoindrissement du rôle mécanique de la salive dans la bouche des diabétiques. — La sécrétion salivaire est diminuée, la bouche plus sèche qu'à l'état normal ; elle ne dilue plus aussi facilement les bactéries, elle n'est plus en quantité suffisante pour en entraîner une notable partie hors de la cavité buccale ; les espèces microbiennes y vivront donc plus nombreuses qu'à l'état normal ; en admettant même que leurs *qualités* ne soient pas modifiés, ce que l'expérimentation pourrait seule établir, il est vraisemblable que la *quantité* n'est pas un fait sans importance, et nous pouvons considérer l'augmentation de cette quantité comme un fait démontré.

De plus, toujours par le fait de la diminution de la secrétion salivaire, les détritus alimentaires doivent persister dans la cavité buccale en plus grande abondance qu'à l'état normal, les fermentations doivent donc s'y produire en proportions plus considérables. Enfin, par suite de la réaction acide de la salive et de la présence de l'acide lactique dans les liquides de la cavité buccale, les fermentations peuvent encore être favorisées et la virulence des bactéries augmentée ; en dehors de toute preuve expérimentale, le fait peut être admis *a priori*.

Voilà pour la question des qualités et de la quantité des espèces microbiennes de la bouche chez les diabétiques : reste à envisager la question de terrain. On sait en effet que le degré d'une infection dépend de deux facteurs, d'une part, la virulence des micro-organismes, d'autre part le terrain sur lequel ils évoluent. Or, Bujwid a exalté les propriétés des staphylocoques en injectant aux animaux un liquide sucré et Ferraro a abaissé la résistance aux virus en produisant la glycosurie ; le résultat est identique dans les deux ordres de faits. S'il était démontré que les tissus mous de la région gingivo-dentaire contiennent du sucre, on pourrait conclure que leur résistance à l'action des micro-organismes est diminuée, même en dehors de toute question d'augmentation de virulence de ceux-ci : encore un fait au nombre de ceux qu'il faudrait établir expérimentalement. Or, la présence du sucre dans les tissus de l'organisme des diabétiques en général est un fait admis ; la surcharge glycogénique des cellules de la gencive peut donc être soutenue et nous devons l'admettre. La vitalité des éléments cellulaires est par suite diminuée : ils fournissent un terrain plus favorable à l'action des microbes ou de leurs produits de secrétion.

En résumé et en tenant compte des réserves exprimées à plusieurs reprises sur les faits que des recherches expérimentales n'ont pas encore établis, nous pouvons comprendre ainsi la pathogénie des lésions de la région gingivo-dentaire chez les diabétiques : apparition de la gingivite due à l'action des espèces microbiennes plus virulentes qu'à l'état normal sur un terrain dont la résistance est amoindrie ; lésions de la gencive amenant des modifications dans sa structure, sa coloration, sa consistance et surtout ses rapports anatomiques ; relâchement de la gencive, décollement au niveau du collet, mise en communication des articulations dentaires avec la cavité buccale, suppuration du ligament alvéolo-dentaire offrant, lui aussi, un terrain de résistance affaibli à l'action des espèces microbiennes contenues dans la salive ; conséquences de cette suppuration, destruction du ligament, des procès alvéolaires ; pertes des moyens de fixité et chute des dents.

En ce qui concerne les tissus dentaires proprement dits, nous avons vu qu'il n'était pas démontré que la fréquence de la carie de

la couronne chez les diabétiques fût bien inférieure à ce qu'on observe en dehors de cette maladie ; on peut admettre que la marche des caries préexistantes est accélérée. Pour régler la question, il faudrait examiner des dents de diabétiques au point de vue de leur richesse relative en matières organiques et inorganiques, ce qui permettrait d'établir si leur « coefficient de résistance » (Galippe) est différent de ce qu'il est à l'état normal ; jusqu'à présent nous manquons, croyons-nous, de documents sur ce sujet.

On pourrait objecter *a priori* que l'acidité de la salive, la diminution de son rôle protecteur sont en faveur de l'opinion que la carie doit être fréquente chez les diabétiques. Mais, comme le fait remarquer Miller (de Berlin), « la réaction de la salive dans une bouche ne donne pas la mesure du développement de la carie dans cette même bouche. Avec une salive alcaline on a vu des caries à marche rapide; avec une salive acide, une carie très lente... Celui-là est un observateur superficiel qui voudrait tirer des conclusioas du seul examen de la salive. Ce sont les fermentations qui se font dans les centres des caries, qui, toutes choses égales d'ailleurs, commandent la rapidité de la carie, et ces fermentations sont indépendantes de la réaction de la salive. Les lésions qui sont produites dans une bouche sont en raison directe de l'intensité des fermentations et inversement proportionnelles à la densité des dents ».

Donc, chez les diabétiques à dents primitivement saines, il ne paraît pas y avoir de diminution du coefficient de résistance ; c'est du côté des tissus mous de la région gingivo-dentaire qu'apparaissent les premiers accidents; leur évolution est en général assez rapide, si la thérapeutique n'intervient pas. Si la couronne est saine au moment de l'apparition de la glycosurie, il est rare, semble-t-il d'observer des caries de cette portion de la dent pendant l'évolution de la maladie. Il en est autrement de la région du collet ; ici la « barrière anatomique » est moins résistante, et le décollement de la gencive fréquent; la carie s'y observe parfois.

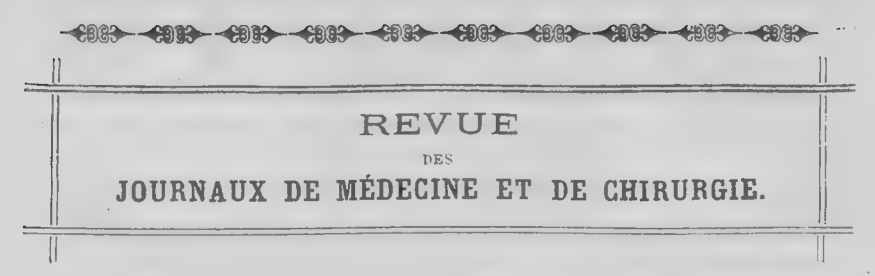
Les caries du collet, de même que les caries préexistantes, ont une marche rapide ; l'acidité de la salive, la présence de l'acide lactique, la diminution des rôles mécaniques de la salive, permettent de le comprendre sans qu'il soit nécessaire d'insister. Une fois la pulpe exposée, on peut admettre que la présence du sucre dans les vaisseaux et les éléments cellulaires est une condition favorisante du développement rapide des lésions de cette portion de la dent. J'ai déjà rappelé un cas où l'apparition des poussées aigues de pulpite coïncidait nettement avec l'augmentation notable du sucre dans les urines.

Dans cette étude nous laisserons systématiquement de côté, tout ce qui touche aux conclusions thérapeutiques qui pourraient résulter de la présence des lésions pathologiques de la région gingivo-dentaire

dans le cours des diverses diathèses ; il va de soi que le traitement général devra toujours être institué, quand on aura constaté l'existence d'une maladie générale, et,au point de vue spécial du dentiste, il n'y a rien de particulier à décrire dans le traitement de la gingivite ou de la pyorrhée diabétiques, par exemple, qui, nous le répétons, n'ont rien de spécial en dehors de leur origine, ni au point de vue de la clinique, ni au point de vue du traitement.

Toutefois, il est un point de la pathologie dentaire dans le diabète que nous devons encore envisager, justement parce qu'il donne lieu à quelques considérations thérapeutiques intéressantes : je veux parler des hémorragies chez les glycosuriques. Il y a chez ces malades des modifications du sang et des altérations des vaisseaux qui favorisent la tendance aux hémorragies. Le sang contient du sucre en plus ou moins grande quantité et l'on a décrit les lésions athéromateuses de l'aorte. Les petits vaisseaux, et en particulier ceux de la région gingivo-dentaire présentent-ils de la sclérose ? Voilà encore un point qu'il serait intéressant d'établir par des recherches microscopiques. Quoi qu'il en soit, qu'elles tiennent aux modifications du sang et des vaisseaux ou à la facilité des infections secondaires, les hémorragies sont fréquentes et persistantes chez les diabétiques. Si donc l'indication formelle de l'extraction d'une dent venait à être posée chez un glycosurique, quelle serait la conduite à tenir ? Le dentiste devrait-il refuser le soulagement à son patient, par crainte d'une hémorragie ou d'une infection secondaire ? On sait en outre que le traumatisme, chirurgical ou autre, a une influence redoutable sur la marche du diabète (Verneuil). Redard (de Paris) a vu la quantité de sucre augmenter dans des proportions considérables à la suite de l'ablation d'une épulis ; d'autre part, les infections chez le diabétique prennent rapidement un caractère alarmant (voir ci-dessous à propos de l'infection chez les goutteux). Faut-il donc ou ne faut-il pas intervenir ? Pour ma part, *si l'indication est formelle*, en ce qui concerne l'extraction, j'interviens. Je crois qu'on peut se mettre à l'abri de l'infection de la plaie due à l'avulsion par l'emploi judicieux et sévèrement surveillé d'antiseptiques tels que le chloral ou le formol ; je crois à la possibilité de se rendre rapidement maître des hémorragies, grâce à la gélatine (Carnot). Quant à l'augmentation de la glycosurie, elle sera passagère si l'on soumet son malade à un régime approprié. C'est la seule complication que j'aie observée chez un diabétique ayant une poussée aiguë de pulpite avec périostite intense et chez qui l'extraction fut passablement laborieuse.

(*A suivre.*)



TRAITEMENT DES MALADIES ET DES TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Par CH. VINAY
Médecin de la Maternité de l'Hôtel-Dieu (Lyon)

(Extrait)

I. — MALADIES DE LA BOUCHE.

1. *Traitement du ptyalisme.*

Par son origine et sa marche, le ptyalisme est un symptôme analogue au vomissement; l'un et l'autre coïncident assez souvent. Il apparaît vers la fin du premier mois, il persiste jusqu'au milieu de la grossesse, puis disparaît lorsque se manifestent les mouvements de l'enfant. Comme l'intolérance gastrique, le ptyalisme ne se développe guère que chez les hystériques et les névropathes. C'est habituellement un symptôme bénin, qui parfois devient sévère, provoque des troubles graves de la nutrition et peut nécessiter l'interruption de la grossesse.

En raison de sa nature nerveuse, le ptyalisme n'est guère modifié par les médicaments qui arrêtent la sécrétion salivaire, comme l'iodure de potassium, l'atropine ou la pilocarpine. Cependant la pilocarpine semble avoir amélioré, chez quelques malades, l'abondance de l'expectoration. Mais ici encore, il faut compter sur l'influence de la suggestion. La pilocarpine s'emploie en injections sous-cutanées à la dose de 1 centigramme, qu'on répète si la guérison est lente à survenir.

Ce sont les médicaments nervins, le bromure de potassium, la cocaïne, l'antipyrine, la phénacétine, etc., qui semblent donner les meilleurs résultats. Le bromure de potassium a réussi, à la dose de 1 à 2 grammes par jour; on l'emploie en solution par la bouche, et, dans le cas où il y aurait de l'intolérance gastrique, en lavement à la dose de 3 à 4 grammes. Pinard conseille l'usage du lait pour les formes atténuées.

Dans les cas extrêmes et heureusement exceptionnels, lorsque le ptyalisme est constant et qu'il gêne la parole, oblige à boire incessamment, provoque l'anorexie complète, trouble le sommeil et détermine un amaigrissement marqué, on est dans la nécessité de provoquer l'avortement.

Cooke Hirst[1] a dû interrompre la grossesse, à quatre reprises différentes, chez la même femme, en raison de la forme pernicieuse du symptôme.

2. *Traitement de la gingivite.*

Les modifications qui surviennent du côté de la bouche, des dents et des gencives sont assez fréquentes au cours de la grossesse. Cette dernière modifie la sécrétion salivaire, comme nous venons de l'indiquer, elle en augmente l'acidité, elle facilite la carie dentaire en provoquant des troubles dans la nutrition des dents qui deviennent moins denses et en les rendant ainsi plus vulnérables. Elle détermine aussi ces changements dans la circulation sanguine des gencives, d'où il résulte que les femmes dont l'hygiène de la bouche est défectueuse, présentent à peu près exclusivement la gingivite de la grossesse. Chez celles-là la bouche est le siège de nombreux microbes, et les fermentations qui en résultent sont les agents habituels dans l'attaque de l'émail et l'érosion de la muqueuse.

La gingivite débute habituellement vers le quatrième mois et ne disparaît que longtemps après l'accouchement; cette affection, qui est, à vrai dire, une congestion hypertrophique des gencives, prend chez quelques femmes des proportions telles qu'à première vue on se croirait en face d'un sarcome des gencives.

Le traitement prophylactique consiste dans le pansement des dents cariées, l'ablation du tartre et dans le lavage et les soins journaliers de la bouche. Le pansement suivi de l'oblitération de la cavité est de toute nécessité dans la carie; mais l'oblitération manque souvent de solidité, en raison de la diminution de densité que nous avons signalée du côté du tissu dentaire. Il ne faut jamais se refuser à l'ablation des dents malades; cette petite opération, redoutée des anciens accoucheurs qui lui attribuaient des hémorragies buccales rebelles et même l'avortement, ne doit arrêter aucun dentiste; les dangers qu'on lui a attribués sont imaginaires.

Pour lutter contre l'acidité de la salive, il faudra alcaliniser le milieu buccal par le bicarbonate de soude ou le carbonate de chaux, qui remplissent le mieux cette indication; on peut leur adjoindre des antiseptiques comme le camphre ou le salol, qui arrêtent les fermentations et maintiennent la bouche dans un état d'asepsie relative.

Les poudres dentifrices suivantes sont d'un usage fréquent :

Bicarbonate de soude	} ãã 40 gr.
Carbonate de chaux	}
Camphre raffiné	10 gr.

ou bien :

1. C. Hirst. *Ptyalism in five successive pregnancies. Boston med. and surgic. Journal*, 1891, p. 595.

Carbonate de chaux..	40 gr.
Salol..	10 —

Il est utile d'employer pour le brossage des dents et des gencives une brosse un peu rude.

Dans les cas rebelles, lorsque la tuméfaction des gencives est telle que de simples soins de propreté sont insuffisants, il faut recourir à des agents plus énergiques, tels que le chlorate de potasse, l'iode, l'acide chromique ou le permanganate de potasse, en application au moyen d'un pinceau :

Chlorate de potasse..	6 gr.
Miel rosat..	10 —
Glycérine...	20 —

Dans les formes plus tenaces, on utilise un mélange de glycérine et de teinture d'iode :

Teinture d'iode...	10 gr.
Glycérine...	20 —

Pour le permanganate de potasse, on formule la solution suivante

Eau distillée..................................	30 gr.
Permanganate de potasse......................	0,15 centigr.

II. — Troubles digestifs.

Définition et Division.

Les troubles qui surviennent du côté de l'appareil digestif chez les femmes enceintes peuvent être considérés comme des plus intéressants et des plus caractéristiques. Par leur forme et leur nature, ils permettent souvent de déceler une grossesse, au début, surtout quand ils coïncident avec d'autres symptômes ayant, comme eux, une grande valeur diagnostique : je veux parler de l'arrêt des règles.

Les accidents qui troublent les fonctions de l'estomac sont les plus fréquents et les mieux connus, mais le tube digestif entier peut subir l'influence de la gravité. Le réflexe parti de l'utérus fécondé peut agir sur la sécrétion glandulaire de la bouche, de l'estomac ou de l'intestin pour l'exagérer ou l'amoindrir, il peut modifier le fonctionnement de la musculature qui s'étend du cardia à l'anus; nous trouvons ainsi comme conséquence de la grossesse : le *ptyalisme*, les *vomissements*, la *diarrhée* et la *constipation*.

Ces différents troubles, distincts par leur localisation et leurs manifestations symptomatiques, ont la plus grande ressemblance par leur origine nerveuse, le tempérament des sujets qui les présentent, leur époque d'apparition vers la fin du premier mois, leur durée souvent limitée à la période nerveuse de la gestation, le retentissement grave qu'ils ont parfois sur la nutrition et leur disparition rapide à la suite de l'accouchement. Leur origine identique est surtout démontrée par

l'influence favorable que détermine l'action des médicaments nervins.

. . . .

(*Médecine moderne.*)

Revue de Thérapeutique

I. — Traitement médical des maux de dents[1].

Le moyen de guérir l'odontalgie reste, avant tout, chirurgical, puisqu'il s'agit presque toujours de carie dentaire. Cependant, comme dans cette dernière il y a très souvent absence de douleur, c'est que la carie n'est pas le seul moment étiologique. S'il y a peu de cas de douleurs dentaires qui ne puissent être calmées sans extraction, on constate souvent après celle-ci des névralgies persistantes. Pour les combattre, l'usage des narcotiques (opium, morphine), comme de l'alcool, est imprudent. On calme souvent les douleurs provenant d'une dent creuse par l'introduction d'un petit tampon de ouate imbibée d'acide phénique dédoublé; une fois le tampon sec, les douleurs réapparaissent, et alors on renouvelle l'application. Dans un cas de névralgie violente de la mâchoire inférieure, la guérison complète fut obtenue par application de 0 gr. 03 centig. de cocaïne en poudre; mais il n'est pas prudent de confier au malade ce remède en nature. Contre les maux de dents dont souffrent les personnes privées depuis longtemps de sommeil on recommande le remède suivant :

Sulfate de quinine........................	0 gr. 12 centig.
Acide bromhydrique........................	XV gouttes.
Teinture de Gelsemium....................	XV —
Sirop de sucre............................	15 grammes.
Eau distillée.............................	30 —

F. S. A.

Dans un cas de vive douleur, on obtient un soulagement complet, après quelques minutes, par 0 gr. 12 centigr. d'exalgine; mais ce remède n'a pas, dans tous les cas, la même activité. Dans cette forme d'odontalgie qui survient après le repas, comme conséquence de l'hyperacidité gastrique, on tire les plus surprenants services des alcalis faibles, dont le meilleur est la poudre de Sedlitz. Mais le remède le plus puissant contre la douleur dentaire est le salicylate de soude, aussi bien dans les cas où le mal a pour cause le refroidissement que dans ceux où il est accompagné simultanément d'une périostite.

(*Progrès Médical.*) P. Cornet.

1. Coley (Newcastle upon Tyne) *The practitionner*, nº 9, 1897.

II. — Nouvel anesthésique

Le docteur *Schleich*, de Berlin, a cherché à remédier aux dangers que présentent le chloroforme et l'éther lorsqu'ils sont employés comme anesthésiques.

Pour qu'un anesthésique soit dangereux le moins possible, il faut qu'il soit éliminé rapidement ; or, si l'on envisage le chloroforme, on voit que la température à laquelle se produit son maximum d'évaporation est supérieure à la température du corps, d'où il résulte que le sang qui a absorbé du chloroforme pendant l'anesthésie ne s'en débarrasse que lentement ; d'où surcharge pour le foie, le rein et le cœur.

Le docteur Schleich propose de se servir d'un mélange de chloroforme, d'éther sulfurique et d'éther de pétrole. Il indique trois formules différentes :

1° 15 gr. chloroforme	15 gr. éther de pétrole	180 gr. éther
2° 15 gr. —	15 gr. —	15 gr. —
3° 30 gr. —	15 gr. —	60 gr. —

Le numéro 1 correspond à la température normale du corps.

Les numéros 2 et 3 sont employés pour les opérations exigeant une insensibilisation plus complète.

Le docteur Willy Meyer a employé les mélanges du docteur Schleich pour pratiquer un grand nombre d'anesthésies et il prétend n'avoir jamais observé d'accidents d'aucune nature.

(Rép. de Pharmacie.)

III. — Traitement des névralgies par l'acide osmique

(Berlin. Klin. Woch.).

Franck a guéri deux dames atteintes de névralgies de la face (l'une d'elles est guérie depuis 3 ans 1/2) à l'aide d'injections d'une solution aqueuse au centième d'acide osmique, pratiquées au point d'émergence de la branche douloureuse du trijumeau. Ces injections sont douloureuses et laissent de l'anesthésie sur le territoire du nerf. Elles sont impuissantes contre la sciatique.

Eulenburg fait ressortir un inconvénient de la solution aqueuse de l'acide osmique ; sa prompte décomposition oblige à la préparer au moment de l'emploi.

(Rev. des Sc. Médic.)

IV. — Solution inaltérable de chlorhydrate de cocaine.

Les solutions aqueuses de chlorhydrate de cocaïne ne pouvant être stérilisées par la chaleur, M. Jonas, dans le *Bulletin de la Société royale de pharmacie de Bruxelles, août 1898*, assure qu'on peut rendre une solution inaltérable par l'adjonction d'acide salicylique dans la proportion de 10 o/o.

La nouvelle pharmacopée britannique a d'ailleurs adopté ce procédé depuis quelque temps déjà. Elle prescrit d'ajouter à la solution offici-

nale de chlorhydrate de cocaïne o gr. 15 milligrammes d'acide salicylique par 10 grammes d'eau distillée.

V. — Anesthésique local.

Chloroforme	10 parties.
Ether	15 —
Menthol	1 —

Pulvériser à l'aide de l'appareil de Richardson en protégeant la dentine.

(*The British Dental journal.*)

FORMULAIRE

I. — Formules de bains de bouche.

1°

Acide salycilique	5 grammes.
Alcool	120 grammes.
Essence de menthe anglaise	X gouttes.
Teinture de ratanhia	15 grammes.

*
* *

2°

Salol	5 grammes.
Alcool	120 grammes.
Essence de menthe anglaise	X gouttes.
Teinture de ratanhia	15 grammes.

*
* *

3°

Acide borique	5 grammes.
Alcool	120 grammes.
Essence de menthe anglaise	X gouttes.

(*Zahn. Ref.*)

II. — Poudre dentifrice déodorante.

Menthol	10 centigr.
Naphtol	5 centigr.
Saccharine	25 milligr.
Carbonate de chaux précipité	50 grammes.
Savon médicinal	50 centigr.
Essence de géranium rose	9 gouttes.

III. — Poudre dentifrice a la violette.

Naphtol	5 centigr.
Saccharine	25 milligr.
Savon médicinal	1 gramme.
Carbonate de chaux	50 grammes.
Huile de cananga et conone	1 ou 2 gouttes de chacun.

IV. — Dentifrice a la formaline.

Formaldéhyde à 40 0/0	50 grammes
Alcool à 90°	1000 —

Dissoudre et ajouter :

Teinture de benjoin	200 grammes
— de myrrhe	50 —
Huile de menthe	3 —
— d'anis	2 —
— de Cassia	1 —
— de camomille	XV gouttes
Poudre de cochenille	2 grammes

Mélanger et filtrer

(*British journal dent. of Sc.*)

NOUVEAUX MÉDICAMENTS

I. — L'iodoformine.

C'est une poudre inodore, impalpable, blanchâtre, se colorant légèrement en jaune sous l'action de la lumière.

Ses propriétés antiseptiques sont analogues à celles de l'iodoforme ; cet avantage est dû à l'action des secrétions qui libèrent et mettent en évidence l'iodoforme incorporé au produit, sans compter que ce dédoublement demeure toujours mesuré à l'abondance de la secrétion, se ralentissant au fur et à mesure que la période cicatricielle s'accentue.

II. — Diaphtérine.

Diaphtérine ou oxyquinaseptoi (combinaison d'oxyquinoline et d'aseptol) : poudre jaune, facilement soluble dans l'eau. Antiseptique externe, non toxique, désodorisant, ne coagulant pas l'albumine en solution à 1 0/0, jaunissant instruments, mains, ongles, lorsque le sublimé a été ou est concurremment employé ; aussi n'employer en même temps que la diaphtérine que des lavages boriqués.

III. — Antiseptol.

Antiseptol ou iodosulfate de cinchonine ; renferme 50 d'iode : pour 100 ; poudre brune, sans odeur, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool ; us. de l'iodoforme.

(*Ind. méd.*)

IV. — Créosotat.

Le créosotat est une substance oléagineuse contenant 90 0/0 de créosote pure, dépourvu de l'odeur nauséeuse et de la sensation de brûlure de la créosote elle-même.



REVUE DE L'ÉTRANGER

CLUB MÉDICAL DE BRUXELLES

(*Séance du 1er avril* 1898.)

DES FISTULES SALIVAIRES DU CANAL DE STÉNON.

M. Van Heerswinghels rappelle les données anatomiques relatives au conduit de Sténon ; il insiste sur la double courbure qu'il présente, l'une à la hauteur du bord antérieur du masséter, la seconde dans le buccinateur, courbures qui rendent très difficile le cathétérisme de ce canal.

Les fistules salivaires dont il est le siège trouvent leur origine dans les traumatismes, soit chirurgicaux, soit accidentels ; les abcès dentaires ; les calculs ; le noma ; les tumeurs de la région, etc.

Le traitement de cette affection rebelle a mis en éveil l'ingéniosité des opérateurs, et une foule de procédés ont été préconisés et utilisés contre cette pénible infirmité ; citons parmi ces diverses méthodes : la dilatation du bout inférieur du conduit (cathétérisme, laminaria, etc.) ; la ponction simple de la portion supérieure ; la double ponction, avec réunion des deux portions ; la cautérisation chimique ou ignée du trajet fistuleux ; l'ablation de la parotide, ou l'atrophie de celle-ci : ce dernier procédé est fréquemment employé en médecine vétérinaire et le résultat est atteint par l'injection de liquides irritants dans le conduit : l'ammoniaque, la teinture d'iode ont donné lieu à des réactions violentes, surtout à d'énormes phlegmons ; l'acide tartrique à o/o donne beaucoup moins de réaction et il est très souvent utilisé actuellement. L'orateur, qui a dans ce but institué plusieurs expériences sur des chiens, se demande s'il n'y aurait pas lieu de recourir à cette méthode chez l'homme.

(*Indépend. médicale.*)

UNE DES CAUSES DE LA NÉVRALGIE FACIALE

M. A. Duchâteau-Frentz. — Parmi les causes multiples qui peuvent provoquer la névralgie faciale vous connaissez tous les causes d'origine dentaire. Toutefois les caries dentaires ne sont pas seules à provoquer ce mal. Gros (de Philadelphie) a décrit une variété de névralgie du trijumeau survenant chez les vieillards à la suite de la chute des dents ; le tissu osseux très dense qui remplit alors la cavité alvéolaire y comprimerait les filets nerveux ; de là une névralgie que peut seule guérir la résection d'un fragment de gencive.

Je n'ai nullement l'intention de vous entretenir des différentes causes de névralgies d'origine dentaire. Seulement, comme j'ai eu l'occasion de rencontrer un cas relativement rare, je me permets de vous communiquer une observation qui, je l'espère, pourra vous intéresser.

M. L..., 45 ans, rhumatisant : antécédents goutteux, dans la famille.

Depuis à peu près deux ans le malade souffre de névralgie faciale. Le mal a débuté insidieusement ; d'abord très faible, il a été en augmentant. Le patient alla trouver son médecin, qui essaya les différents produits de l'arsenal thérapeutique. Les douleurs disparaissaient momentanément sous l'action de certains médicaments, mais réapparaissaient sans beaucoup tarder.

A part les extractions et une dent aurifiée, nous n'observons rien d'anormal dans cette bouche.

Le malade déclare que pendant tout un temps après l'aurification cette dent a été sensible au chaud et au froid. Cette sensibilité au calorique a fait place peu à peu à une douleur faible, mais persistante.

Puis la douleur a augmenté et de temps à autre se produisirent des élancements extrêmement douloureux, mais heureusement fugaces.

Ces paroxysmes survenaient surtout le soir, à des intervalles de deux à trois jours. Depuis, les simples élancements se sont répétés coup sur coup et ont donné lieu à de véritables accès. Toute la région innervée par le nerf maxillaire supérieur est endolorie. Le malade dit qu'il endure des souffrances atroces.

Je conseillai l'extraction de la molaire aurifiée et, après injection de cocaïne, je procédai à cette petite opération, qui se fit sans difficulté.

Le lendemain mon client vint à ma consultation et déclara n'avoir plus de douleurs. Aujourd'hui il y a bientôt sept mois que cette opération a été faite et les douleurs névralgiques n'ont plus reparu.

A quoi faut-il attribuer cette guérison ?

Certes, c'est ce qui vous intéresse le plus ; aussi allons-nous examiner qu'elle était la cause du mal et l'opportunité de l'extraction. Comme bien vous pensez, j'ai examiné soigneusement la dent extraite. Extérieurement, à part l'aurification, elle ne présentait rien de particulier.

Au moyen d'une pince coupante j'ai sectionné la dent dans sa longueur de la paroi interne à la paroi externe.

La pulpe était légèrement injectée et, du côté où l'aurification avait été faite, elle était déprimée. J'enlevai la pulpe et je trouvai, correspondant à l'aurification, un épaississement de la dentine formant un petit nodule dentinaire, que je ne puis mieux comparer qu'à une petite perle fine.

D'où vient ce nodule ?

Rappelons-nous que la dent en question a été atteinte d'une carie du deuxième degré qui a nécessité l'aurification. Or, il est connu que : « lorsqu'une irritation extérieure surexcite la pulpe à travers l'épaisseur de la couche d'ivoire et par l'intermédiaire des canalicules, il se produit dans la pulpe une suractivité fonctionnelle et un excès de production des matières qu'elle élabore continuellement ». *Pathologie des dents et de la bouche*, (Dr Frey.)

Quel a été ici l'agent irritant ? Ce sont le chaud et le froid.

L'or, comme tous les métaux, étant bon conducteur du calorique, communiquait jusqu'à la pulpe au travers de la mince paroi de dentine les irritations provenant d'une élévation ou d'une diminution thermique. Grâce à ces irritations, la pulpe, comme pour se défendre, formait une couche plus épaisse de dentine.

« Ces nouveaux éléments, que Tomes et Owen appellent dentine secondaire, pénètrent dans les canalicules, s'y déposent molécule par molécule, les remplissent et transforment bientôt l'ivoire en une masse compacte et uniforme analogue à ce qui est connu dans la pathologie des os sous le nom d'ostéite condensante » (*loc. citat.*).

Ce processus s'observe d'une façon exagérée chez les arthritiques. Souvent chez eux on trouve la pulpe tout à fait calcifiée. C'est sans doute à cette calcification intense que nous devons d'avoir observé ici ce phénomène particulier du développement du nodule.

J'estime que la pression exercée sur la pulpe par cette dentine de nouvelle formation a produit une irritation continue qui, à son tour, a engendré les douleurs névralgiques.

De ce qui précède deux conclusions se dégagent : la première, c'est que dans les névralgies de la face il faut, si l'on ne trouve pas d'autre cause, avoir toujours soin de faire examiner les dents. N'oublions pas surtout que chez les arthritiques les dents en apparence saines peuvent être cause du mal.

Comme deuxième conclusion j'estime que dans les caries qui s'étendent jusque dans le voisinage de la pulpe, dans les cas d'hyperesthésie de la dentine, dans ceux où le malade est arthritique, il est de la plus élémentaire prudence de revêtir la dentine d'un corps isolant avant de garnir la carie d'un métal.

(*Soc. médico-chirurg. du Brabant*).



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Lehrbuch der conservirenden Zahnheilkunde.

M. le Dr Miller, professeur à l'Université de Berlin, vient de publier chez l'éditeur Georges Thieme, de Leipzig, la 2e édition de son traité de dentisterie opéraroire (*Lehrbuch der conservirenden Zahnheilkunde*). Ce volume de 462 pages, qui est illustré de 449 figures, est divisé en 5 sections, subdivisées en 8 chapitres. La première section est consacrée au traitement des défauts des parties dures de la dent ; la seconde au traitement des troubles survenus dans les parties molles ; la troisième au nettoyage et au blanchiment des dents ; la quatrième au traitement prophylactique des dents ; la cinquième à celui des dents de lait.

Cet ouvrage, tel qu'il est conçu et tel qu'il est développé, nous paraît constituer un compendium utile, que les praticiens à même de lire la langue allemande pourront consulter avec fruit.

Ajoutons que M. Miller cite très fréquemment les travaux originaux des membres du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris publiés dans *L'Odontologie*, citation dont nous sentons tout le prix, puisqu'il s'agit d'un traité d'une si haute valeur.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(10e Chambre).

Audience du 29 juillet 1898.

DENTISTE. — POSSESSION D'ÉTAT. — PREUVE. — PATENTE.

La possession d'état de dentiste exigée par la loi de 1892 pour bénéficier des dispositions transitoires de l'article 32 doit être prouvée par l'inscription du praticien à la patente, et non autrement.

K.

Le tribunal correctionnel de la Seine a rendu le jugement suivant :

Attendu que, pour être renvoyé des fins de la prévention, K. excipe vainement de ce fait qu'il aurait eu, au moment de la promulgation de la loi, la possession d'état de dentiste ;

Attendu que si le législateur a sans doute consenti à tempérer les garanties dues à la santé publique par le respect des droits acquis par la possession d'état dans la période en question, il a du moins voulu que l'existence de cette possession d'état soit certaine, *que la preuve n'en soit pas remise au hasard de témoignages souvent complaisants ou peu précis* ;

Qu'il ne s'est cru, à juste titre, rassuré sur ce point que par l'inscription du praticien à la patente, c'est-à-dire un fait dont la portée, comme la réalité, est indéniable ;

Que la loi apparaît ainsi comme absolument rationnelle ; que sa disposition est restrictive et d'ailleurs trop claire pour comporter une interprétation.

P. C. M.

Condamne K. à 50 fr. d'amende pour exercice illégal de l'art dentaire ; le condamne en outre aux dépens.

Cette décision est diamétralement opposée à celle qu'a rendue le tribunal de Charolles et sur laquelle nous nous sommes expliqué. On se souvient que ce tribunal a posé en principe que la patente n'est pas le seul mode voulu par le législateur pour établir la possession d'état de dentiste ; que l'examen de cette possession d'état est abandonné à la sagesse des tribunaux qui, appréciant la valeur des titres produits en dehors de la patente, ont le droit de décider souverainement si ces titres sont suffisants, sérieux, légitimes. Pour lui, la disposition contenue en l'article 32 de la loi de 1892 est énonciative et non limitative, et en conséquence, le dentiste transitoire peut

prouver qu'il était effectivement dentiste avant le 1er janvier 1892 par tous les moyens de preuve possibles. Le tribunal de la Seine estime tout le contraire. Il décide, lui, que le juge est lié par les termes de l'article 32 de la loi de 1892 ; que son rôle se borne à constater, à enregistrer en quelque sorte l'existence ou la non existence de la patente et sa date, et à rejeter sans phrases toutes autres pièces produites, sans qu'il soit nécessaire d'examiner leur degré d'authenticité et leur force probante.

Rappelons que cette théorie est conforme à l'avis du Conseil d'Etat, qui subordonne exclusivement le droit d'exercice à la production d'une patente antérieure au 1er janvier 1892 [1].

Nous avons suivi, et disons-le, approuvé la doctrine du tribunal de Charolles, adoptée un peu plus tard par le tribunal de Toulouse [2]. Nous avons dit qu'elle semblait conforme sinon au texte, du moins à l'esprit qui a présidé à la confection de la loi de 1892. Notre principale raison d'approuver résidait dans cette considération que la loi de 1892 avait été conçue dans un esprit plus libéral que la loi de l'an XI, et qu'au surplus, faisant valoir les raisons d'équité, il serait souverainement injuste de priver quelqu'un de l'exercice d'une profession alors qu'il serait constant et établi d'une façon indiscutable qu'il demandait son gagne-pain à la profession de dentiste. Nous, nous n'avons pas, comme le tribunal de la Seine, interprété le texte de l'article 32 restrictivement, nous ne faisons aucune difficulté pour le reconnaître ; mais il convient d'ajouter immédiatement que nous ne l'avons pas fait sans réserves et que nous avons subordonné ce droit d'examen à la formalité d'un contrôle préalable et sévère des titres et documents sur lesquels l'impétrant se fondait pour revendiquer le droit à l'exercice de la profession. Étendez le texte de l'article 32, disions-nous, mais nous comptons sur votre vigilance pour repousser l'audacieux et l'imposteur. Certes, les inconvénients de l'interprétation extensive du texte ne nous avaient point échappé ; nous avions bien quelques scrupules à la proposer, mais nous les avions fait taire en pensant qu'un puissant correctif existait dans la sagacité, dans la lumière des juges, qui sauraient bien faire le départ entre les titres sérieux et dignes de foi et ceux qui ne sont que le produit de la complaisance. Sous cette réserve, qui est la garantie de tous, à quoi bon ne pas donner au texte plus de compréhension, ajoutions-nous, puisque nous savons par avance que les titres indiscutables offrant une garantie équivalente à la patente seront seuls admis. L'équité y trouve son compte, car enfin si, comme mode de preuve, la patente est seule admise, vous pouvez arriver, sinon à violer, du moins à

---

1. V. le texte de cet avis dans *L'Odontologie* de 1895, p. 412.
2. V. *L'Odontologie* de 1898, p. 290.

léser les droits acquis. Pour nous la possession d'état pouvait être prouvée par la patente et des équivalents, dûment examinés et contrôlés.

Tout au contraire, le tribunal de la Seine part de cette idée que, si le législateur a réglementé la profession de dentiste, c'est qu'il y avait intérêt public à le faire. Le maximum de garantie offert à la santé publique eût été d'obliger tous les praticiens à recevoir l'investiture de la Faculté de médecine ; mais comme une mesure aussi absolue eût pu blesser les droits acquis, le législateur a consenti à *tempérer* les garanties dues à cette santé publique en admettant une possession d'état fondée sur un titre dont les caractères soient de nature à le *rassurer* sur les conséquences d'une investiture légale donnée en bloc. La patente, à ses yeux, présente les garanties d'un fait réel et indéniable. C'est pour cela qu'il a adopté la patente comme mode de preuve et n'a pas pu vouloir abandonner la justification de la possession d'état *au hasard de témoignages souvent complaisants et peu précis*. La pensée qui se dégage du jugement est celle-ci : l'intérêt privé doit céder le pas à l'intérêt public dans une matière aussi délicate que celle qui a trait à la santé publique.

Il nous importe de faire ressortir tout d'abord que le système que nous avons préconisé se rapproche dans ses résultats de celui du tribunal de la Seine ; nous arrivons aux mêmes fins, mais par d'autres moyens. Nous avons toujours proposé de rejeter rigoureusement les attestations peu précises et entachées de complaisance. Si donc il était établi qu'en dehors de la patente il n'y a que des expédients comme titres, nous arriverons au même but en reconnaissant aux tribunaux le devoir de les écarter. Mais il ne peut bien ne pas y avoir que des témoignages de complaisance, et alors ? Alors, répond le tribunal, le législateur n'a fait crédit qu'à la patente, tout autre moyen lui paraissant suspect ; et il ajoute « la loi ainsi interprétée apparaît comme absolument rationnelle. *Sa disposition est restrictive et d'ailleurs trop claire pour comporter une interprétation* ».

C'est net. Ce n'est pas cependant ce qu'ont pensé les magistrats qui ont eu à s'occuper de cette question antérieurement. Les raisons qu'ils ont données sont exposées dans leur jugement, chacun peut s'y reporter. En résumé, le point de départ n'est pas le même. Les premiers disent : la loi de 1892 a été conçue dans un esprit libéral, il ne faut pas l'interpréter dans un sens restrictif ; les autres répondent : l'article 32 est de droit strict il ne peut être étendu ; il est tellement clair qu'il échappe à toute interprétation. Si, comme nous le pensons, ce point de droit est déféré à la Cour d'appel, nous aurons une décision qui, sans mettre fin absolument à ce conflit d'interprétation, aura tout au moins l'autorité qui s'attache à toute décision du second degré. Les deux côtés de la question nous sont mainte-

nant connus; à la Cour d'appel de donner son avis sur un point qui a bien son importance, quoique secondaire.

ÉMILE ROGER,
Avocat à la Cour d'appel.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désireront porter à la connaissance du public professionnel.*

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Quelques membres du bureau du Comité d'organisation du Congrès dentaire international de 1900 ont eu pendant les vacances plusieurs entrevues avec divers représentants de l'art dentaire à l'étranger.

Ils se proposent, à la prochaine réunion du Comité, de demander la nomination, pour chaque pays, d'un ou de plusieurs secrétaires correspondants du Comité d'organisation, choisis parmi les confrères partisans dans leurs pays respectifs de l'œuvre des Congrès. Pour la formation des Comités nationaux, le choix en serait laissé aux sociétés professionnelles de chaque pays.

En conséquence, les Confrères étrangers qui auraient des renseignements utiles à donner pour le succès du Congrès et en particulier sur la composition du Corps professionnel dans leurs pays respectifs, sont priés de les adresser avant le 1er octobre au président, M. Ch. Godon, ou au secrétaire général M. le Dr Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.

SUR L'APPLICATION DE LA LOI RELATIVE A LA RÉFORME TEMPORAIRE

Les certificats de réforme temporaire à délivrer, en vertu de la loi du 1er avril 1898 (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 104,) pour inaptitude physique, aux militaires de l'armée active, de la réserve et de l'armée territoriale, sont au nombre de trois :

1° Congé (définitif) de réforme n° 1, avec ou sans gratification ;
2° Congé (définitif) de réforme n° 2 ;
3° Congé de réforme temporaire.

En conséquence, toutes les fois qu'un militaire leur est déféré pour

inaptitude physique, les commissions spéciales de réforme ont à décider :

1° S'il y a lieu de prononcer la réforme ;

2° Si la réforme prononcée sera définitive (n° 1 ou 2) ou temporaire.

La réforme sera définitive (n° 1 ou n° 2), s'il est constaté que l'intéressé est atteint d'une infirmité ou maladie le mettant dans l'impossibilité absolue de servir et de rentrer ultérieurement au service.

On se reportera, pour cette constatation, aux indications données dans l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire.

La réforme sera temporaire, s'il est constaté que l'intéressé est atteint d'une affection qui, justifiant la réforme, le met dans l'impossibilité absolue de servir actuellement, mais non de rentrer ultérieurement au service.

Nous donnons ci-dessous la liste des affections susceptibles de motiver la réforme temporaire des militaires de l'armée active, de la réserve ou de l'armée territoriale. Cette liste a moins pour objet d'assigner des limites absolues aux propositions des médecins militaires que de leur indiquer, par des exemples appropriés, dans quel esprit il convient d'appliquer la loi sur la réforme temporaire.

Faiblesse de constitution se traduisant par un aspect malingre de l'ensemble de l'organisme, la maigreur générale, le manque de résistance à la fatigue.

Affaiblissement morbide prononcé et persistant incompatible avec le service, mais susceptible de s'amender par la suite.

Fièvre intermittente rebelle ; cachexie palustre, dont on ne peut prévoir la guérison qu'à longue échéance.

Cachexie scorbutique, saturnine, mercurielle, pellagreuse, réunissant les mêmes conditions.

Imminence tuberculeuse, se révélant par les signes locaux et généraux qui en sont les indices.

Tuberculoses locales susceptibles de guérison.

Affections cutanées rebelles, mais susceptibles de guérison.

Adénites chroniques susceptibles de résolution.

Paralysie, contractures et spasmes, lorsque ces troubles sont purement fonctionnels, indépendants de lésions du système nerveux.

Ruptures, adhérences ou rétractions musculaires, hernie des muscles, causant une gêne ou une diminution marquée des mouvements.

Atrophie musculaire partielle.

Synovite tendineuse.

Arthrite chronique et hydarthrose récidivée.

Ankylose incomplète laissant une certaine amplitude des mouvements.

Relâchement articulaire consécutif à l'entorse, à la luxation ou à d'autres causes.

Périostite et ostéite chroniques.

Centres nerveux : Somnambulisme, chorée, tétanie partielle, qui s'atténuent et disparaissent avec l'âge. Nostalgie persistante.

Organes de l'audition : Polypes du conduit auditif.

Otite externe ou otite moyenne chronique.

Face : Névralgie faciale rebelle.

Paralysie faciale rebelle non symptomatique d'une affection cérébrale.

Inflammation chronique des sinus frontaux et maxillaires.

Ostéite des maxillaires liée à des altérations dentaires et susceptibles de guérison.

Fracture mal consolidée de la mâchoire inférieure ; ankylose incomplète de l'articulation temporo-maxillaire.

Organes de la vision : Blépharite et conjonctive chroniques.

Kératites rebelles, ulcérations et opacifications limitées et récentes de la cornée, diminuant l'acuité visuelle dans les conditions énoncées à l'article 85 de l'instruction ministérielle du 13 mars 1894.

Iritis chronique, mydriase persistante.

Paralysie encore récente de l'un ou de plusieurs des muscles de l'œil.

Nez : Coryza chronique, rhinite chronique.

Polypes récidivés des fosses nasales sans déformation du nez.

Bouche : Stomatite chronique, ulcérations et état fongueux des gencives.

Paralysie du voile du palais, lorsqu'elle se rattache à une intoxication récente.

Cou : Adénopathie cervicale, ulcérations, abcès ganglionnaires.

Goitre peu développé et ne renfermant pas de kyste, lorsqu'il s'est produit dans une garnison où il est endémique et qu'il est susceptible de guérison par le changement de milieu.

Larynx : Laryngite chronique avec ou sans ulcération.

Aphonie tenant à une laryngite chronique ou à une paralysie des nerfs du larynx.

Pharynx : Rhino-pharyngite chronique.

Végétations adénoïdes déterminant une gêne dans la respiration.

Thorax : Ostéite, ostéopériostite, chondrite costales susceptibles de résolution.

Poumons : Bronchite avec amaigrissement et avec imminence de tuberculisation pulmonaire.

Bronchite chronique sans indice de tuberculose.

Pleurésie avec débilité générale et imminence de tuberculisation.

Cœur : Péricardite ou endocardite avec lésions susceptibles de résolution.

Troubles fonctionnels habituels du cœur susceptibles de guérison.

Abdomen : Appendicite avec induration persistante et tendance à la récidive.

Dysenterie avec tendance à la chronicité.

Organes génitaux-urinaires : Néphrite sans désorganisation profonde du parenchyme rénal.

Incontinence d'urine rebelle.

Hématocèle chronique.

Membres : Atrophie musculaire des membres résultant de traumatismes encore récents.

Luxations réduites et fractures consolidées, mais avec troubles trophiques et impotence fonctionnelle temporaires.

Cals volumineux dans les fractures régulièrement consolidées.

Gêne notable de la main, consécutive à la raideur d'un ou plusieurs doigts, tenant aux affections chroniques des téguments, des tendons ou des articulations.



VARIA

UN VASE DE PHARMACIE DE L'ÉPOQUE ROMAINE AYANT VRAISEMBLABLEMENT CONTENU UN ÉLIXIR ODONTALGIQUE.

Par M. le Dr HAMONIC

Le vase que je vais décrire a été découvert en Afrique aux environs de Bizerte. Il appartient manifestement à la catégorie des récipients pharmaceutiques dont on possède de très nombreux exemplaires recueillis dans les tombeaux.

Leur usage était de renfermer des onguents, des élixirs, et assez souvent on a trouvé collés à leurs parois des débris desséchés dans lesquels l'analyse chimique a décelé des sels de plomb, d'arsenic et autres, composant les pommades qui y avaient été déposées.



Les vases de cette nature appartenant à l'époque romaine sont d'habitude composés d'argile figuline rougeâtre, grossièrement tournassée. Fréquemment leur partie moyenne est étranglée. Leur ouverture supérieure permet l'introduction de l'index à l'aide duquel on devait le plus souvent prendre la pommade pour l'étaler sur la partie malade.

Mon pot de pharmacie présente une particularité fort rare et que je n'ai jamais rencontrée sur les nombreux spécimens que j'ai eus entre les mains. Il est décoré d'une figurine en relief qui, quoique grossière, est très expressive et sur le geste de laquelle on ne saurait se méprendre.

Il est certain qu'il existe un rapport direct entre cette représentation et la nature du contenu du vase. La première était évidemment

la désignation, l'étiquette parlante du remède, semblable en cela aux vignettes qui illustrent, à l'époque actuelle, certaines spécialités pharmaceutiques et sont destinées à évoquer des propriétés thérapeutiques sur lesquelles on veut attirer l'attention.

La figurine a été façonnée directement à la main et ne porte pas la trace d'un estampage quelconque; elle est d'un style extrêmement barbare, qui rappelle assez bien certaines sculptures faites par les sauvages de l'Afrique centrale. Elle représente un petit personnage qui applique sa main droite sur sa mâchoire supérieure correspondante, pendant que la gauche soutient sa tête, dans l'attitude bien connue et parfaitement observée qu'on prend instinctivement quand on éprouve un violent mal de dents.

Ce qui prouve que l'intention du coroplaste a bien été telle que je l'indique, c'est que la figurine, malgré son aspect informe, a l'air de souffrir avec ses prunelles dilatées, ses narines distendues et sa bouche entr'ouverte. Du reste, l'épatement du nez, qui est fortement étalé comme dans la fluxion, indique que le sujet souffre des dents.

Une autre preuve qu'il s'agit bien là d'un malade, c'est que les yeux, le nez et les joues sont colorés en jaune ; ce détail indique la pâleur, la teinte morbide. Le reste de la figure est rougeâtre et présente la nuance du grès.

Le vase est en effet en grès partiellement vernissé, suivant la technique habituelle aux périodes de la décadence romaine et aux époques mérovingiennes. Le vernis n'est appliqué que sur la face ; le reste en est totalement dépourvu. Cette particularité et l'imperfection du modèle rattachent le pot de pharmacie au 4e ou 5e siècle après Jésus-Christ.

La hauteur totale est de dix centimètres et la contenance d'environ 30 grammes d'eau.

A la partie postérieure on observe un détail intéressant. Il existait en ce point un *bec* aujourd'hui disparu, mais dont on voit l'insertion. Sa direction était très oblique de haut en bas et d'arrière en avant et il venait aboutir à la partie la plus déclive du vase.

De cette façon et grâce à cette structure, on pouvait, suivant qu'on le voulait, obtenir les parties les plus denses du remède en les déversant par le bec, ou les parties les plus liquides en les recueillant au niveau de l'orifice supérieur.

(Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie.)





ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Les cours pour la scolarité 1898-1899 ouvriront le lundi 7 novembre.

On peut dès a présent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Le cercle odontologique de Catalogne a décidé d'organiser en 1899 à Barcelone un Congrès odontologique espagnol, auquel sera annexée une exposition d'instruments et de fournitures pour dentistes. M. Boniquet a été nommé directeur de cette exposition et M. Xifra, président du Congrès.

On compte aux Etats-Unis en 1898 26.000 dentistes, 43 collèges reconnus, 1.055 professeurs et 4.100 étudiants. En 1888 on comptait 16.000 dentistes, 30 collèges, 503 professeurs et 1.735 étudiants.

Dents de papier.

On annonce qu'une maison allemande fabrique des dents en papier, au lieu de porcelaine. Il paraît que ces dents sont plus durables et conservent bien leur couleur, tandis que tout danger de se fendiller est écarté.

DERNIÈRE HEURE

Le dimanche 25 septembre a eu lieu à l'Ecole dentaire de Paris une séance de démonstrations très intéressantes, dont nous donnerons le compte rendu dans un prochain nnméro. M. le Dr Algot Ruhe, de Stockhlom, a procédé à la confection de dents à pivots et de pièces à pont, d'après la méthode du Dr C. A. Lamoise.

PLANCHE VI.

A. Mâchoire supérieure à 2 ans (modèle de M. SAUVEZ père).

B. Mâchoire supérieure à 12 ans (modèle de M. CARLAVAN).

1. Racine.

2. Emplacement de la dent extraite.

C. Mâchoire inférieure à 12 ans (modèle de M. CARLAVAN).

3. Racine.

Absence congénitale presque complète de la dentition temporaire et de la dentition permanente.

18e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro contient 4 pages en plus et donne en supplément une planche tirée hors texte.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

ABSENCE CONGÉNITALE PRESQUE COMPLÈTE DE LA DENTITION TEMPORAIRE ET DE LA DENTITION PERMANENTE

Cas présenté au Congrès de Marseille

Par M. CARLAVAN

Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris le 28 juin 1898

Par MM. LEMERLE et RICHARD-CHAUVIN,
Professeurs à l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Carlavan a présenté au Congrès de Marseille un enfant de douze ans dont la bouche offre une série d'anomalies fort intéressantes, qui se rencontrent rarement ensemble chez le même sujet. D'après les renseignements qui lui ont été donnés, notre confrère marseillais rapporte que l'on se trouve en face d'un cas d'absence totale des dents temporaires.

Nous avons fait nos réserves à ce sujet, nous promettant d'étudier le cas assez minutieusement pour pouvoir établir au moins des probabilités.

L'enfant porte un appareil à chaque mâchoire ; il est tellement familiarisé avec son dentier que toutes les fonctions auxquelles participe le système dentaire s'accomplissent chez lui sans le moindre trouble. La rétention des appareils est aidée en haut et en bas par la présence de quelques dents, dont nous parlerons en présentant tous les renseignements que nous avons pu recueillir sur le sujet. Vivement intéressés par le cas fort rare qui était soumis à l'assemblée, nous avons demandé à M. Carlavan de vouloir bien nous donner tous les renseignements possibles du côté des antécédents personnels de l'enfant aussi bien que des antécédents ancestraux. C'est à son obligeance que nous devons les deux modèles que nous vous présentons ce soir. De plus, une empreinte de la mâchoire supérieure, qui avait été prise par M. Sauvez père, à ce même enfant à l'âge de deux ans, a été retrouvée au musée de l'Ecole auquel notre confrère en avait fait don.

Tout d'abord nous allons vous présenter par ordre chacune des pièces, chacun des renseignements en notre possession, dont l'ensemble précise l'état actuel de la question ; ensuite nous essayerons de tirer des conclusions s'accordant autant qu'il est possible avec les données actuelles de la physiologie et de l'embryologie.

Notre dossier comprend :

1° *a*) Un modèle de la mâchoire supérieure du sujet à deux ans.

b) Un modèle de la mâchoire supérieure.

c) Un modèle de la mâchoire inférieure.

2° Deux photographies de l'enfant.

3° Des renseignements sur les antécédents.

1° *a*) Un modèle représentant la *mâchoire supérieure* de l'enfant à l'âge de *deux ans*. A la partie antérieure de l'arcade, très rapprochées l'une de l'autre et à égale distance de la ligne médiane, deux dents coniques qui, bien que déviées du type normal, accusent assez nettement par leur volume et par leur forme les caractères des dents temporai-

res. Au fond, sur la crête, deux éminences assez nettement indiquées sur le modèle, celle de droite plus saillante que celle de gauche.

b) Le *maxillaire supérieur* pourvu de cinq dents, dont trois affectent la forme conoïde absolue. De ces trois dents, deux représentent assez exactement des canines normales, séparées l'une de l'autre par un intervalle d'un centimètre environ. Elles sont situées respectivement à égale distance de la ligne médiane. A côté de la canine de gauche une dent conique mal formée, qui donne l'impression d'une dent surnuméraire.

Les deux autres dents affectent la forme cuboïde ; elles sont pourvues de cinq cuspides coniques. Ce sont des molaires de forme irrégulière. A gauche, auprès de la molaire, une racine, sur laquelle nous n'avons pas de renseignements, est indiquée par un trait de crayon sur le modèle. (Voir B 1.) Un autre trait de crayon indique la place d'une dent qui a été extraite. (Voir B 2.)

c) *Mâchoire inférieure.* — Au maxillaire inférieur deux dents coniques de forme indécise, c'est-à-dire ne présentant aucun des caractères normaux des canines soit permanentes, soit temporaires. Cependant leur volume les rapproche davantage des dents permanentes. Elles sont très éloignées l'une de l'autre, mais à égale distance de la ligne médiane. Elles sont situées à la place que devraient normalement occuper les premières prémolaires ; à droite, au fond de la bouche, à la place supposée de la deuxième prémolaire, une racine est indiquée au crayon. (Voir C 3.)

2° Deux photographies représentant l'enfant de face et de profil.

A signaler une difformité relativement peu marquée, provenant d'un affaissement, par manque de développement, des os propres du nez, une petite dépression des temporaux, rendue plus sensible par l'exagération des extrémités frontales. Le volume du crâne est peut-être un peu au-dessus de la normale.

3° *a*) *Antécédents ancestraux.* — La grand'mère de

l'enfant était, dit-on, *à peu près* dans le même cas, mais seulement pour la mâchoire inférieure.

La mère était privée d'incisives latérales — supérieures probablement. — Comme contemporanéité, disons que le frère du sujet, de deux ans plus âgé, possède un système dentaire complet.

b) *Antécédents personnels.* — Aucun renseignement n'a pu être fourni à ce point de vue, ce qui est d'autant plus regrettable que des indications même restreintes à cet égard auraient certainement apporté leur contingent de lumière.

Toutefois, nous pouvons dire que le sujet ne confirme pas les théories émises par Magitot, à savoir « que la diminution numérique de la formule dentaire est un phénomène de dégradation de l'espèce ou de l'individu ». Il semble au contraire très bien constitué physiquement, autant que bien équilibré au point de vue mental, malgré les malformations faciales et crâniennes, à peine sensibles, du reste, que nous avons signalées.

*
* *

Voilà le sujet, présenté aussi succinctement, mais aussi complètement qu'il est possible.

Nous allons essayer de tirer des conclusions de ces divers éléments.

D'après lés renseignements fournis par les parents, M. Carlavan a présenté le sujet au Congrès de Marseille comme n'ayant jamais eu de dents de lait. L'examen des pièces nous paraît démontrer que cette affirmation est erronée.

En effet, nous avons comme pièce principale le modèle pris sur le sujet à l'âge de deux ans par M. Sauvez père. Les deux dents que porte ce modèle sont incontestablement deux dents de lait.

Si nous examinons la mâchoire supérieure actuelle, nous constatons que les deux dents situées de chaque côté de la ligne médiane offrent à peu près tous les caractères princi-

paux des canines normales. Il nous paraît donc acquis que les deux canines de la mâchoire adulte sont bien les deux dents dérivées des deux dents de lait qu'elles ont remplacées. En tenant compte du développement du maxillaire et du volume des dents, on peut voir que le remplacement s'est effectué d'une façon à peu près normale. Cette preuve matérielle peut être appuyée par des raisons physiologiques tirées de l'embryologie. Pour les dents de bouche et les prémolaires, la genèse et le développement de ces organes s'opèrent par l'intermédiaire des dents de lait. En effet, c'est par un diverticulum du cordon de la dent temporaire que naît le follicule de la dent permanente correspondante. Si les dents de lait n'existent pas, les dents permanentes de la première série ne peuvent prendre naissance.

Les molaires dont nous constatons la présence sur le modèle actuel ne peuvent infirmer cette hypothèse. Nous les considérons comme des dents de six ans, ayant, par conséquent, pris naissance directement à la lame épithéliale. Nous disons des dents de six ans, malgré l'absence des caractères type de cette dent. En effet, on ne peut les considérer comme des deuxièmes molaires, puisque celles-ci se forment aux dépens du cordon de la première qui, seule des dents permanentes, se rattache directement à la lame épithéliale. Nous avons dit que, si les follicules des dents de lait n'existent pas, les dents permanentes de la première série ne peuvent prendre naissance. Pour les mêmes raisons nous disons que, si le follicule de la molaire de six ans n'existe pas, les molaires suivantes ne sauraient opérer leur genèse et leur développement. La présence d'une seule molaire implique donc que cette dent est fatalement la dent de six ans.

Quant aux dents surnuméraires que nous avons signalées, celle que vous voyez sur le modèle de la mâchoire supérieure et celle qui a été extraite, deux hypothèses peuvent être admises : 1° ou elles ont pu prendre naissance, lors de la rupture du cordon des dents de lait existantes, des prolongements produits par la prolifération des débris de ce cordon même, et alors ce sont bien des dents surnuméraires ;

2° ou bien elles dérivent des follicules atrophiés de dents de lait n'ayant pu opérer leur évolution complète, et alors elles seraient des dents permanentes portant les traces des troubles trophiques dont les follicules primitifs ont souffert. Nous n'insistons pas sur cette seconde hypothèse.

Pour en terminer avec le maxillaire supérieur, nous constatons, au point de vue du développement osseux, qu'il est quelque peu resserré à sa partie antérieure. Comme rien d'anormal ne s'est passé dans l'évolution et la soudure des bourgeons maxillaires, il faut admettre que ce développement incomplet est dû partiellement à l'absence des dents. Ici encore nous sommes d'accord avec les lois physiologiques qui président aux développements des maxillaires. De plus, nous pensons que cette atrésie de la partie antérieure est en relation directe, de cause à effet, avec l'affaissement des os propres du nez.

La mâchoire inférieure, que nous vous avons présentée, n'offre aucune particularité qui ne soit la réédition de ce que nous venons de dire pour le maxillaire supérieur. Le manque de renseignements sur l'état de cette mâchoire à l'âge de deux ans nous réduit absolument aux hypothèses.

Voici celle que nous émettons :

Les dents représentées sur le modèle sont mal formées et franchement déviées du type normal. Mais elles sont trop volumineuses pour faire penser à des dents de lait persistant tardivement ; ce sont évidemment des dents permanentes. Elles dérivent donc des dents de lait correspondantes, qui auraient existé contrairement aux renseignements recueillis ; ou bien, en tenant compte des troubles trophiques dont elles portent les traces, des follicules atrophiés et non évolués de ces dents.

La racine signalée à droite par un trait de crayon nous paraît être un vestige de molaire dérivant directement de la lame épithéliale.

Nous en concluons que l'affirmation de l'absence totale et congénitale des dents de lait est basée sur une erreur d'observation. La preuve matérielle de notre conclusion existe

pour le maxillaire supérieur avec le moule de M. Sauvez. Pour la mâchoire du bas nous pensons que la preuve est faite par les raisons tirées de la physiologie et de l'embryologie que nous avons données.

Il nous reste à parler des anomalies. Nous en avons relevé cinq, que nous classons d'après l'ordre qui nous a paru le plus logique pour le cas particulier.

1° *Anomalies de nutrition.* — Atrophie folliculaire.

2° *Anomalies de nombre.* — *a*) Par diminution numérique ; *b*) par augmentation, si l'on admet que la dent qui avoisine la canine de gauche et la dent extraite sont des dents surnuméraires et non des dents de la série.

3° *Anomalies de forme.* — Notons que toutes les dents ont une tendance marquée de retour au type primitif, y compris les grosses molaires, dont les cinq cuspides affectent une forme conique très accentuée.

4° *Anomalies de volume.* — Les deux canines inférieures, plus volumineuses que des dents de lait, le sont notablement moins que deux canines permanentes normales, si l'on s'en rapporte au volume des deux canines supérieures.

5° *Anomalies de siège.* — Les deux canines supérieures sont beaucoup plus rapprochées de la ligne médiane que ne le seraient ces dents normalement placées. Les deux canines inférieures en sont plus éloignées ; elles occupent la place des premières prémolaires.

Notons enfin que, malgré l'absence presque complète de dents, l'atrésie du maxillaire supérieur est relativement peu considérable et que le développement du maxillaire inférieur se rapproche sensiblement de la normale.

En terminant, nous pensons devoir remercier M. Carlavan de l'obligeance qu'il a mise à nous fournir tous les renseignements en sa possession, le féliciter de la présentation qu'il a faite à Marseille de cet intéressant sujet et surtout de la perfection des appareils qu'il a construits pour ce cas particulier. Ces appareils rendent au malheureux enfant qui les porte le service inappréciable de lui faire complètement oublier son infirmité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

DES LÉSIONS DES DENTS ET DE LA MUQUEUSE GINGIVALE DANS LES DIVERSES DIATHÈSES

Rapport présenté par le Docteur Julien Tellier,
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon,
Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

(Suite)

Goutte. — Il est à peu près impossible de donner une définition exacte et complète de la goutte (Rendu); c'est une affection chronique (les accès de goutte aiguë étant des épisodes dans le cours de la maladie), caractérisée par une prédisposition générale qui dépend de la race et de la constitution des malades, un état particulier du sang (acide urique en excès) et l'existence des dépôts multiples d'urate de soude (avec urate et phosphate de chaux), appelés tophus ; ces productions se localisent de préférence dans certains systèmes organiques, surtout au voisinage des articulations, mais sont susceptibles de se disséminer dans tous les tissus en y développant des troubles pathologiques variables.

Observe-t-on chez les goutteux des manifestations spéciales du côté de la cavité buccale, et plus particulièrement de la région gingivo-dentaire ? Si elles existent, sont-elles caractéristiques ? Quelle en est la pathogénie ?

Laycok et Stewart ont décrit chez les goutteux un état spécial de la dentition ; les dents, en restant fermes et saines, sont usées sur leurs bords. Stewart a observé cette usure chez onze goutteux ; il l'attribue à la présence de l'acide urique dans la salive et pense que, sans être pathogomonique, cette usure peut servir au diagnostic (Lécorché).

Duckworth décrit ainsi les lésions dentaires : « Les dents ont un aspect très remarquable. Elles sont en général bien développées, avec un émail fort et dur, de couleur plutôt jaune. Elles ne tombent pas facilement et sont très solides dans leurs alvéoles. Avec le temps, elles s'usent, de sorte qu'on voit la cavité de la pulpe... On voit sou-

vent une des incisives centrales déjetée en dehors des autres... Vers l'âge moyen de la vie, les individus prédisposés à la goutte sont, plus que d'autres, sujets à des accès fugitifs de douleurs dans un certain nombre de dents saines, éprouvant une sensation comme si les dents sortaient de leurs alvéoles, et de la sensibilité en mordant...

On peut certainement observer de grandes variétés. Cela peut s'expliquer par ce fait que d'autres causes viennent exercer leur influence, et du mélange des diathèses naissent certaines prédispositions et certains effets particuliers. »

Il y a dans cette description des contradictions frappantes, notamment entre ces deux faits : la solidité très grande dans les alvéoles et la déviation d'une des incisives, déviation qui ne va pas ordinairement sans un certain degré de mobilité, parfois difficile à constater, il est vrai, mais cependant réel. D'autre part, l'usure des dents est un phénomène banal qu'on rencontre presque toujours à un certain âge et qui n'a rien à voir avec la goutte. Il ressort de cette description qu'on peut observer, suivant les cas, l'absence de lésions, le début de périodontite expulsive et l'usure des dents ; rien en somme de bien caractéristique en fait de manifestations d'origine goutteuse.

Milner Fothergill, dans un mémoire sur les dents des goutteux, résumé et critiqué par le Dr David (*L'Odontologie*, 1886), croit que « la configuration extérieure des dents peut devenir un signe caractéristique de la goutte. Les dents sont solides et massives (chez les goutteux gros) ; leurs arêtes sont mousses, épaisses et usées ; elles ont une grande tendance à se déchausser et à tomber, non par le fait de la carie, mais par suite d'une ostéite qui s'étend depuis le collet jusqu'à la racine... ; lorsqu'on examine les dents des goutteux, on reconnaît leur structure et leur conformation à première vue ». Milner Fothergill décrit des lésions ressemblant fort à celles de la carie, mais ne se produisant pas toutefois aux mêmes lieux d'élection. Sur les molaires, à la place des tubercules, on rencontre des excavations en forme de cupules ; sur les dents antérieures, l'altération débute au collet pour détruire rapidement toute la table externe ; sur les incisives et les canines, elle débute quelquefois aussi sur le bord libre, creusant l'ivoire dénudé entre les deux couches d'émail restées intactes.

Le Dr David, auquel j'emprunte presque textuellement cette description d'après M. Forthergill, fait remarquer que ce sont là des troubles trophiques que l'on rencontre dans un certain nombre d'états pathologiques ; quant à la configuration extérieure, il s'agit là de modalités anatomiques, et non de déformation résultant d'un état général. Enfin, les lésions d'usure, nous le répétons, n'ont rien de spécial.

Un grand nombre d'auteurs admettent la goutte parmi les maladies générales qui prédisposent à la pyorrhée alvéolaire ; les observations

sur lesquelles est basée cette opinion sont plus sérieuses, les affirmations plus précises qu'en ce qui concerne les lésions dentaires elles-mêmes et méritent qu'on les discute avec soin.

C'est une notion bien ancienne que celle des rapports de cause à effet qui semblent exister entre la goutte et la pyorrhée, que les anciens connaissaient sous le nom de *podagra dentium*, et pourtant c'est à peine s'il en est fait mention dans les traités classiques de la goutte ou les grandes monographies des dictionnaires (Rendu, dictionnaire Dechambre). Miller (de Berlin) dit que c'est Pierce qui, le premier, a formulé (1894) cette opinion d'une façon précise, sur des bases scientifiques. Pierce prétend, en effet, que dans la pyorrhée alvéolaire le tartre salivaire et les dépôts qui inscrutent les racines des dents contiennent presque toujours de l'acide urique ou des urates ; il en conclut que la pyorrhée est étroitement liée à la diathèse goutteuse ; l'acide urique ou les urates peuvent se déposer sur les racines comme dans les autres articulations, par exemple, sans qu'on puisse observer de solution de continuité entre la gencive et la racine dentaire. On sait que, partant de cette idée, Pierce veut qu'on institue toujours un traitement général de la goutte chez les malades atteints de pyorrhée.

Il est possible que ce soit Pierce qui ait, le premier, voulu rapporter le plus grand nombre de cas d'arthrite dentaire à la goutte. Il n'en est pas moins vrai que cette opinion avait déjà été formulée en France par M. Poinsot, et cela dès 1884. « Le sang, infecté d'acide urique, dit cet auteur, irrite l'organisme en général et la membrane alvéolo-dentaire en particulier », et il lui attribue la suppuration alvéolaire et la résorption du ligament. Dans d'autres cas, au contraire, l'acide urique à petites doses n'amène pas de phénomènes de nécrose, mais l'hypergenèse du cément ; les deux processus peuvent même s'observer chez le même individu ; bien mieux, sur les diverses racines d'une même dent. Mais M. Poinsot se garde bien d'affirmer qu'on ne rencontre ces lésions que chez les goutteux, il les a observées aussi dans toutes les manifestations de l'arthritisme, chez les rhumatisants, les diabétiques, et aussi chez les albuminuriques.

M. Galippe a voulu vérifier les affirmations de Pierce avec l'aide de deux chimistes, MM. Brun et Goullard. Ces expérimentateurs ont recherché la présence de l'acide urique dans la salive, dans plusieurs échantillons de tartre à l'état frais, sur des dents de pyorrhéiques. Les résultats ont toujours été négatifs. M. Galippe se refuse donc à croire à l'origine exclusivement goutteuse de la pyorrhée alvéolaire, tout en admettant que les arthritiques et les rhumatisants offrent un terrain de prédilection au développement de cette maladie. Sur la même question, Duckworth affirme que, malgré les assertions con-

traires, il n'existe pas de dépôts uratiques en connexion avec les dents, les mâchoires et les gencives.

Stewart, Pierce, Kirke, croient à l'existence de l'acide urique dans la salive. M. Galippe et ses collaborateurs l'y ont vainement cherchée. En dehors de la présence de cet acide, la salive présente-t-elle dans la goutte des modifications spéciales ? Il ne semble pas qu'on soit fixé sur cette question. On admet généralement la production fréquente et abondante du tartre chez les goutteux; mais l'affirmation aurait besoin d'être contrôlée.

Que pouvons-nous conclure de cet exposé ? Rien ne semble moins démontré que l'existence de lésions spéciales des tissus dentaires proprement dits chez les goutteux. En revanche, l'existence fréquente de la pyorrhée est démontrée par la clinique. Mais s'agit-il alors d'un processus spécial à la goutte, d'une manifestation directe de la diathèse urique, ou sommes-nous au contraire en présence d'une lésion pathologique commune à un certain nombre d'états généraux et ne différant par rien de caractéristique de ce qu'on observe dans le cours de ces maladies ? Dans l'état actuel de nos connaissances, nous croyons que c'est à cette dernière opinion que nous devons nous arrêter.

Là encore, comme dans le diabète, nous nous trouvons en présence de nombreux problèmes dont il nous faudrait demander la solution à l'expérimentation. Quelle est, en dehors de la présence ou de la non-présence de l'acide urique, la constitution chimique de la salive chez les goutteux ? Contient-elle une plus grande quantité de sels terreux qu'à l'état normal, pour expliquer l'augmentation de la quantité du tartre chez les goutteux ? Ou bien, offre-t-elle un milieu de culture plus favorable à certaines espèces microbiennes dont les produits solubles précipitent en plus grande abondance les matières qui entrent dans la composition du tartre ? La virulence des bactéries est-elle modifiée dans la cavité buccale des goutteux ? etc., etc. Nous n'avons pas trouvé de réponses à ces diverses questions.

C'est donc du côté des qualités du terrain qu'il nous faut actuellement chercher les éléments qui nous permettent de comprendre la pathogénie des lésions buccales chez les goutteux. La goutte est encore une maladie par ralentissement de la nutrition, dans laquelle la vitalité des éléments cellulaires de l'organisme est diminuée par suite de leur surcharge en acide urique ou sels uratiques, résidus de l'élaboration insuffisante des matières azotées. Cette surcharge existe-t-elle réellement dans les tissus de la région gingivo-dentaire ? Le fait est probable ; mais encore, pour servir de base à une explication vraiment scientifique, aurait-il besoin d'être confirmé.

Le mode pathogénique de la production des lésions gingivo-dentaires peut être interprété de diverses façons : ou bien, lésions primi-

tives de la gencive, décollement de la gencive au niveau du collet, pyorrhée alvéolaire et ses diverses manifestations ; c'est l'hypothèse que nous adopterions le plus volontiers — ou bien, production du tartre en grande abondance, lésions consécutives de la gencive, à marche rapide à cause de la diminution de la résistance des tissus, suppuration du ligament alvéolo-dentaire, dépôts incrustés sur les racines, etc. Nous considérons comme insuffisamment étayée l'hypothèse des dépôts uratiques primitifs dans les articulations dentaires, amenant une périodontite et une gingivite consécutives.

La goutte ne semble pas jouir, vis-à-vis de l'infection, d'un pouvoir favorisant comme le diabète. Charrin en donne l'explication suivante : « Cet état (la goutte) est caractérisé par la présence des acides lactique, urique, acide gras, qui persistent sous cette forme au lieu de s'éliminer après avoir été transformés en eau et acide carbonique (ralentissement de la nutrition). Les plasmas contiennent une quantité plus ou moins considérable de ces acides. Or, de tels principes sont médiocrement propices à la multiplication des bactéries ; elles ne se développent pas aussi aisément chez les goutteux que chez les diabétiques. Pourtant les acides mis en cause ne font pas défaut chez les glycosuriques ; mais ils sont moins prédominants chez les goutteux que chez les diabétiques. De plus, la présence du sucre atténue et au delà la présence de ces produits ; enfin la déshydratation des tissus, l'hydrémie qui en résulte, constituent des conditions favorables aux infiniment petits, soit directement, soit indirectement, grâce à la diminution de résistance imprimée aux appareils par ces altérations humorales ».

Nous ne ferons que signaler, sans insister, la coexistence fréquente de la goutte avec le diabète, l'obésité, etc.

Rhumatisme. — Quelle que soit la place que l'on assigne au rhumatisme dans le cadre nosologique, il faut convenir que ses limites sont assez mal déterminées et sa nature mal définie (Dieulafoy). On a coutume de décrire :

Le rhumatisme articulaire aigu, maladie infectieuse que l'usage seul rattache aux diathèses ;

Le rhumatisme chronique et ses variétés ;

Le rhumatisme viscéral et musculaire ;

Les pseudo-rhumatismes infectieux ;

Les rhumatisants chroniques sont seuls considérés comme de vrais diathésiques. Le rhumatisme chronique est rangé par M. Bouchard au nombre des maladies par ralentissement de la nutrution ; la vitalité cellulaire est diminuée par suite de l'intoxication de l'organisme par quelque substance anormale et inconnue qui s'y fabrique.

Comme dans le diabète et la goutte, on a noté chez les rhumatisants une plus grande fréquence des lésions arthro-dentaires accom-

pagnées d'inflammation des gencives. Après ce que nous avons dit plus haut, nous pourrions borner à ces quelques mots l'influence du tempérament rhumatismal sur les lésions de la région gingivo-dentaire. Le fait clinique est exact, la pyorrhée alvéolaire semble fréquente chez les individus présentant cet état morbide ; la marche et la succession des symptômes semblent les mêmes que dans le diabète ou la goutte, l'interprétation est identique, sans qu'on puisse rien noter qui présente la marque d'un processus spécial.

On trouve cependant dans la littérature des observations où la marche des symptômes serait un peu différente. On a publié, par exemple, des faits de rhumatisme articulaire aigu se localisant aux articulations dentaires (un cas récent de Chompret) ; quelques-uns de ces faits auraient été suivis de l'apparition des symptômes de la pyorrhée alvéolaire, et l'on a prétendu qu'il ne s'agissait pas là de rhumatisme vrai, la caractéristique des arthrites rhumatismales étant justement de ne devenir jamais des arthrites suppurées. L'objection n'est pas valable. S'il est exact de dire que les articulations ne suppurent pas dans le rhumatisme, il peut ne pas en être de même pour les articulations dentaires, qui ne sont séparées de la cavité buccale que par une bien faible barrière. Il ne répugne pas à l'esprit, un peu à priori, il est vrai, de penser que les phénomènes fluxionnaires arthro-dentaires peuvent se propager à la gencive et produire le décollement dont nous avons déjà parlé ; les micro-organismes pénétrent au niveau du ligament alvéolaire, y trouvent un terrain favorable à leur développement par suite des modifications circulatoires dues à l'existence de la poussée rhumatismale. La succession des phénomènes observés peut donc être intervertie : le début se fait par le ligament alvéolo-dentaire, les lésions de la gencive ne sont que secondaires.

En outre des lésions de dégénérescence, on attribue aussi au rhumatisme chronique des lésions d'hypergénèse du cément. M. Galippe a récemment publié des faits d'hypertrophie cémentaire accompagnés de névralgies rebelles, dont l'un a été observé chez un rhumatisant.

En résumé, les lésions des dents chez les rhumatisants, en dehors du fait d'hypertrophie cémentaire, sont peu décrites; la gingivite et la pyorrhée sont fréquemment observées. La pathogénie de ces manifestations donne naissance aux mêmes réflexions que nous avons déjà faites et nous ne ferions que nous répéter inutilement en énumérant les problèmes qu'il faudrait songer à résoudre pour arriver à en établir le mécanisme.

IV

Scrofule. — La scrofule a été longtemps considérée comme une entité morbide ; c'est, dit Jaccoud, une dystrophie constitutionnelle dont les manifestations, de nature inflammatoire pour la plupart, occupent les ganglions lymphatiques, la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les tissus ostéo-fibreux et les viscères. Mais depuis quelques années elle a subi de rudes attaques, et le plus grand nombre de ses manifestations ont été rattachées à d'autres maladies, en particulier à la syphilis et surtout à la tuberculose, dont elle ne serait qu'une forme atténuée, opinion qui tend aujourd'hui à être de plus en plus universellement adoptée. — Pourtant, il reste établi qu'un certain nombre d'enfants ont une prédisposition spéciale à contracter beaucoup d'affections catarrhales ou inflammatoires banales, quoique infectieusess : « Nous savons que cela est, et nous appelons cette prédisposition une diathèse, c'est-à-dire un trouble de la nutrition qui prépare, provoque ou entretient des maladies, simples ou spécifiques, à sièges divers, de processus différents, à évolution et à symptômes variés. » (Le Gendre). Cette diathèse est encore décrite par un certain nombre d'auteurs sous le nom de *tempérament lymphatique*, et les individus chez lesquels on l'observe pendant la jeunesse présentent souvent plus tard les maladies qu'on rattache à l'arthritisme, ce qui est un argument de plus pour rattacher l'étude du tempérament lymphatique à celle des diathèses. Nous n'insisterons pas davantage sur la question de doctrine.

Lorsque la scrofule était encore considérée comme une maladie générale à évolution spécifique, nombreuses étaient les lésions de la région gingivo-dentaire qu'on lui attribuait. Les érosions, la gingivite, la pyorrhée alvéolaire ont été regardées comme des manifestations de la diathèse scrofuleuse.

Au Congrès pour l'Avancement des Sciences de 1885, M. Eyssautier, reprenant les idées de Broca, Castanié, etc., a tenté d'établir la réalité d'une relation de cause à effet entre la scrofule et les érosions des dents. « Toutes les cachexies peuvent produire l'érosion. La scrofule étant un état cachectique par excellence, agit sur l'appareil dentaire par influence générale constitutionnelle et localement par lésions graves de voisinage, la région péri-maxillaire étant à la fois le lieu de développement des dents et le siège d'élection de la strume. » Elle produirait surtout l'érosion en sillon.

Les érosions s'observent surtout dans le rachitisme et dans la syphilis, et il faut bien reconnaître que les enfants chez qui l'on rencontre ces lésions des dents présentent assez souvent les caractères

de la strume ; nous serions entraîné en dehors des limites de cette étude en voulant chercher à établir les relations qui peuvent exister entre ces divers états constitutionnels.

Neumann (de Berlin) croit que la carie circulaire se rencontre surtout chez les enfants scrofuleux, mais ne prétend pas affirmer qu'elle soit l'expression d'une action spécifique de la scrofulo-tuberculose.

On a noté également l'influence de la scrofule sur la production de la pyorrhée alvéolaire. « Autrefois, dit Miller (de Berlin), je faisais de la scrofule une importante condition prédisposante de la pyorrhée. Mais la coexistence fréquente de la scrofule et du rachitisme rend difficile la distinction de l'action de ces deux maladies. Après examen de vingt cas de scrofule non compliqués de rachitisme, j'ai acquis la conviction que, chez les enfants tout au moins, j'avais exagéré l'action prédisposante de la scrofule. »

P. Dubois admet que, chez les scrofuleux, les dents cariées de première dentition méritent une plus grande attention que chez les autres enfants ; l'éruption des dents de deuxième dentition devra être aussi très surveillée, par suite de la tendance à la suppuration alvéolaire, et consécutivement à la formation d'adénites suppurées.

En somme, la question serait tout entière à reprendre ; j'ai cherché à me faire une opinion personnelle, en examinant les enfants qui viennent à ma consultation dentaire de la Charité ; j'ai vite été convaincu qu'il me faudrait beaucoup de temps pour arriver à des conclusions sérieuses ; encore n'est-il pas certain qu'on puisse aboutir. Il n'est pas facile de diviser les enfants en catégories nettement délimitées ; les distinctions entre scrofuleux et rachitiques purs sont trop peu tranchées, l'existence ou l'absence de la syphilis héréditaire sont trop difficile à établir pour qu'on puisse entrevoir la possibilité d'arriver à des conclusions rigoureuses, scientifiquement inattaquables. Faute de documents précis et surtout non contradictoires, nous sommes encore forcé de rester dans le doute au sujet des rapports de la scrofule et des lésions dentaires ; la question reste à l'étude.

(A suivre).

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 28 juin 1898.

Présidence de M. d'Argent, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

M. d'Argent. — Les procès-verbaux des deux dernières séances ont été publiés ; quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

Aucune observation n'est formulée ; les procès-verbaux sont mis aux voix et adoptés.

M. le Dr Sauvez s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la réunion.

I. — Modification aux seringues hypodermiques, par M. Hamonet.

M. d'Argent. — J'ai reçu une lettre de M. Hamonet, d'Angers, qui désire vous présenter une modification aux seringues hypodermiques. Il a constaté, en poussant l'injection, que l'aiguille quitte le petit tube sur lequel elle est placée à frottement et que le liquide se répand dans la bouche ; cet accident se produit surtout avec la seringue en verre de Luer, sur laquelle on ne peut, à cause de sa fragilité, fixer fortement l'aiguille. Ce perfectionnement consiste en un corps métallique, dans lequel est introduit le cylindre de la seringue ; il est muni d'ailettes, et, par suite, le fonctionnement est meilleur. Un modèle de cette seringue se trouvait dimanche dans la salle de dentisterie opératoire et chacun a pu le voir fonctionner.

Discussion.

M. Cecconi. — L'avez-vous essayée ?

M. d'Argent. — Elle fonctionne bien.

M. Loup. — J'ai vu la seringue de M. Hamonet ; mais son perfectionnement n'en est pas un. Dans les seringues de Pravaz ordinaires, l'extrémité n'est pas à frottement doux, elle est conique, et je n'ai jamais eu de canule s'échappant de la seringue. Dans la seringue Hamonet, la petite armature rend l'antisepsie moins facile. A mon avis, au lieu de placer cette armature, il suffisait d'ajuster l'embouchure.

M. Cecconi. — Il faudrait voir cette seringue.

M. Godon. — Le petit inconvénient signalé par M. Hamonet ne me paraît pas nécessiter la complication qu'il propose.

M. d'Argent. — M. Hamonet ajoute une armature qui contourne le corps de la seringue, de sorte que l'aiguille ne peut pas quitter ce dernier. Cette disposition me paraît compliquée, bien que la préoccupation de son auteur me semble justifiée. On fixe un cône avec plus de sûreté sur un autre corps métallique. Pour ma part, j'emploie une pince, je serre très fort et je n'ai pas de décollement. Avec le système Hamonet il n'y a pas à craindre d'entamer le verre.

Si personne ne demande plus la parole sur cette question, j'inviterai M. Bonnard à nous faire sa communication.

II. — Discussion sur l'emploi de l'orthoforme en thérapeutique dentaire, par M. Bonnard.

M. Bonnard complète la communication qu'il a faite à la dernière réunion (Voir *Travaux originaux*, p. 57, nº du 30 juillet).

Discussion.

M. le Dr Pitsch. — Cette modification était utile, car la solution que nous a présentée M. Bonnard, le mois dernier est trop acide, elle fait bouillir la craie ; et donne sur les dents la sensation d'une solution acide assez étendue.

M. Bonnard. — Un médicament nouveau est apparu et je l'ai jugé digne de quelques recherches ; je ne pouvais m'adresser qu'au chlorhydrate d'orthoforme, l'orthoforme neutre étant presque insoluble dans l'eau. On avait reconnu l'acidité du produit, et, en continuant les recherches, on a constaté qu'une solution contenant, pour 100 gr. d'eau, 2 gr. 1/2 de chlorhydrate et 2 gr. 1/2 d'orthoforme est à peu près neutre ; en employant cet agent nous n'avons eu ni eschare ni fluxion, mais seulement un léger empâtement de la région, de la raideur de la lèvre, s'il s'agit d'une dent antérieure, qui cessent l'un et l'autre deux jours après l'injection.

L'orthoforme agit mieux lorsque l'injection est faite en un point rapproché du collet de la dent, mais comment agit-il ? Il est très avide de l'oxygène contenu dans le sang, car ce dernier s'échappant de la piqûre est plus noir et moins fluide.

Chez un malade où la cocaïne, le coryl et les anesthésiques généraux étaient contre-indiqués, j'ai opéré à l'aide de l'orthoforme ; à un deuxième malade, j'ai pu enlever 6 dents dans la même journée.

Dans les recherches auxquelles je me livre je suis arrivé à une modification très importante et, en continuant je vous donnerai peut-être une formule meilleure que la solution nº 3.

M. Touvet-Fanton. — Chaque fois j'ai remarqué de la cyanose des extrémités ; ce phénomène se produit également avec le coryl ; j'en ignore la cause. J'ajoute que j'ai eu aussi des fluxions avec l'orthoforme.

M. Bonnard. — J'ai modifié la formule ; du reste, il ne faut pas injecter toute la solution sur le même point.

M. le Dr Pitsch. — Est-elle acide ou neutre ?

M. Bonnard. — Elle est beaucoup moins acide que l'autre (une diminution de plus de la moitié) et ne donne pas d'eschares.

M. le Dr Pitsch. — J'ai essayé d'employer une solution contenant de l'orthoforme en suspension, car il est très peu soluble. Le mélange peut être injecté avec la seringue ordinaire ; mais l'orthoforme

n'agissant qu'une demi-heure après l'injection, j'ai dû renoncer à mon idée.

M. Bonnard. — Ce produit est, en effet, à peine soluble à 2 p. 100.

M. le Dr Pitsch. — Les Allemands le qualifient de produit *irritant.*

M. Bonnard. — Ils n'ont pas songé à diminuer la quantité de chlorhydrate d'orthoforme.

M. le Dr Pitsch. — Comment fait-on la solution ?

M. Bonnard. — En chauffant une solution de chlorhydrate d'orthoforme à 2 1/2 p. 100 et en y ajoutant peu à peu un poids égal d'orthoforme neutre. Cette solution injectée produit cependant de la raideur du muscle ; c'est pour cela que je continue mes recherches ; mais je trouve qu'il est déjà très heureux de ne plus avoir ni accidents généraux ni fluxions.

M. le Dr Pitsch. — Ce qu'il est essentiel d'éviter, c'est l'eschare.

M. Bonnard. — On a présenté au public un anesthésique ; il importait de ne pas le laisser passer sans l'étudier.

M. d'Argent. — Nous sommes en présence d'un produit que personne ne connaît ; M. Bonnard nous dit que c'est un produit à étudier : c'est pour cette raison que personne ne l'a essayé. Il est d'ailleurs préférable que celui qui a commencé à s'en occuper continue ses recherches. Toutefois M. Bonnard s'est montré un peu hardi en essayant un agent peu connu. Les raisons pour lesquelles personne n'en a fait l'essai, c'est qu'il provoque de la douleur ; c'est ainsi qu'un élève sur lequel il a été expérimenté s'est plaint qu'une opération lui avait causé des inconvénients considérables.

Nous avions compté sur une démonstration de ce médicament dimanche dernier ; c'est pour cela que j'ai laissé porter la question à l'ordre du jour ; la démonstration n'a pas eu lieu, mais les convocations étaient déjà lancées, de sorte que je n'ai pu y supprimer cette communication. Comme nous n'avions que des constatations de l'auteur, je vous propose de reprendre la question au point de vue pratique quand il nous aura donné une démonstration publique.

M. Bonnard. — L'acidité n'est pas grande et la cuisson est faible. Quant à l'élève sur lequel il a été fait des essais, la plaie était en mauvais état ; on avait tenté d'extraire les racines d'une molaire de 12 ans et plusieurs de mes confrères avaient échoué quand on fit dans le tissu une injection d'orthoforme. Comme cette racine ne vint qu'après 10 minutes d'efforts, il est permis de supposer que les douleurs post-opératoires ressenties proviennent de ces tentatives. J'ajoute que l'assertion d'un élève à l'égard d'un médicament qu'il ne connaît pas ne peut pas être prise très au sérieux.

En ce qui concerne la démonstration, je n'ai pas craint de la faire ; mais il ne m'a pas été possible de venir, et, si je vous entretiens

aujourd'hui à nouveau de l'orthoforme, c'est que ma dernière formule m'a donné des avantages appréciables.

M. d'Argent. — Mes remarques ne signifient pas que M. Bonnard s'est soustrait à une démonstration ; mais il est clair que nous ne pouvons pas engager une discussion sur un produit que nous n'avons pas expérimenté. Néanmoins nous sommes bien heureux d'accueillir toutes les communications et nous prions M. Bonnard de continuer ses essais.

M. Martinier. — J'ai été appelé à soigner l'élève en question, dont l'opération avait été très compliquée. M. Blocman avait, pour cette raison, prié M. Bonnard d'employer son anesthésique, et il est possible que les douleurs post-opératoires provinssent du traumatisme ; néanmoins il y avait une eschare grande comme une pièce de 50 centimes. J'en appelle MM. Touret-Fanton, Bonnet et Touchard, qui en ont relevé un certain nombre.

M. Bonnard. — La statistique des cas a été faite consciencieusement et on n'a pas constaté d'eschare de cette dimension.

Si je vous ai présenté ce médicament, c'est que j'ai tenu à ce que l'Ecole en eût la priorité.

M. Ronnet. — J'ai vu l'élève opéré et il avait une eschare. Il n'en faut pas moins féliciter M. Bonnard de chercher à mettre un anesthésique en honneur.

M. d'Argent. — Je vous propose de remercier M. Bonnard et de le prier de nous faire connaître ses nouveaux résultats dans la prochaine séance de démonstrations pratiques.

III. — OBSERVATION SUR UNE ABSENCE CONGÉNITALE PRESQUE COMPLÈTE DE LA DENTITION TEMPORAIRE ET DE LA DENTITION PERMANENTE, PAR M. CARLAVAN.

M. Lemerle, en son nom et à celui de M. Richard-Chauvin, donne lecture d'une communication et présente des moulages et des photographies).

(Voir *Travaux originaux*, page 269 et planche VI).

DISCUSSION.

M. le Dr Pitsch. — La tête du jeune homme me paraît bien grosse, ce doit être un dégénéré.

M. Rozenbaum. — Elle est un peu grosse et presque dépourvue de cheveux.

M. Lemerle. — Il aurait fallu soumettre le jeune homme à un examen approfondi.

M. le Dr Pitsch. — Je me figure un petit corps avec une grosse tête.

M. Godon. — Je vous apporterai un moulage du même genre, pris

dans la bouche d'un jeune garçon de 12 ou 13 ans ; je vois cet enfant depuis plusieurs années, il a peu de dents, la dentition temporaire est incomplète, et sa mère présente les mêmes anomalies de nombre et de forme.

Je tiens à signaler de nouveau combien la classification des anomalies est confuse ; aussi ai-je réduit, dans mon *Manuel de clinique dentaire*, celles-ci à trois grands groupes : éruption, arrangement et nombre, constitution, qui m'ont paru suffire.

M. Lemerle. — Quand j'ai fait le premier catalogue du musée, j'ai trouvé les neuf classes de Magitot trop nombreuses et je les ai réduites à cinq.

M. Godon. — Les dents poussent trop tôt ou trop tard, elles sont bien ou mal rangées, bien ou mal constituées au point de vue de leur forme extérieure ou de leur structure intérieure.

M. Martinier. — Je désirerais que cette discussion fût ouverte pour nous mettre d'accord sur ce point : la classification de Magitot est très confuse et très difficile à retenir et elle provoque un embarras évident dans l'esprit des élèves. Il y a certainement des directions vicieuses qu'on peut grouper dans un petit nombre de catégories. Je verrais donc utilité à adopter une classification au point de vue de l'enseignement. Il n'y a pas que les élèves d'ailleurs qui rencontrent des difficultés, puisque M. Lemerle en a éprouvé pour son classement, et cela n'est pas étonnant, puisque dans la classification de Magitot, qui est encore la plus généralement adoptée, il existe dans la même classe des diversités d'éléments qui rendent la confusion facile. Il faudrait donc mettre la question à l'ordre du jour d'un Congrès.

M. Touvet-Fanton. — On devrait radiographier les cas du genre de celui que nous présente M. Lemerle.

M. Lemerle. — M. Carlavan a présenté au Congrès des couronnes en aluminium et m'en a envoyé ; il est certainement un habile mécanicien.

M. Cecconi. — L'aluminium s'use davantage que les autres métaux.

M. Bonnard. — Tout dépend de l'épaisseur.

M. Martinier. — L'aluminium s'altère dans certaines bouches et il s'use très facilement ; de plus, toutes les couronnes embouties constituent une infériorité sur celles qui sont construites en deux morceaux, car elles ne sont pas d'une épaisseur égale en tous leurs points, et, leur ajustement au collet étant moins parfait, elles laissent en cet endroit des espaces où s'accumulent les détritus alimentatres.

M. Lemerle. — Je vous présente — venant également de Marseille — la photographie d'un homme porteur d'une tumeur congénitale au palais.

M. d'Argent. — Ces communications nous arrivent de Marseille,

grâce à nos délégués ; je vous propose donc de remercier à nouveau ceux-ci de s'être rendus dans cette ville.

IV. — Compte rendu de la séance de démonstrations pratiques du dimanche 26 juin.

M. d'Argent. — Nous avons eu dimanche une séance de démonstrations pratiques comprenant des expériences de M. Touvet-Fanton, de M. Sauvez, de M. Loup. Les résultats de ce dernier n'ont pas été très brillants; mais c'est un acheminement vers le succès, car quelques dents ont été extraites sans douleur. Quand on réussit, on attribue cette réussite à une cause certaine. Dans tous les cas, ce mode de traitement est inoffensif. Nous devons donc nous féliciter d'entrer dans cette voie.

M. Sauvez a pratiqué quelques extractions à l'aide du bromure d'éthyle et les résultats ont été satisfaisants, puisque sur une demi-douzaine de cas il n'y a pas eu d'excitation, le réveil a été rapide et très normal.

M. Martinier. — Nous avons été retardés par la séance du Congrès de 1900, de sorte que nous avons dû écourter les démonstrations. M. Loup, qui n'était pas porté à l'ordre du jour, en a fait, à notre place, d'intéressantes ; je vous propose de le remercier.

M. Godon. — Je n'ai pas pu opérer moi-même à l'aide de la cataphorèse pour la raison que donne M. Martinier. J'avais cependant préparé le nécessaire ; on devait se servir du menthol à saturation. Mais vendredi j'ai pratiqué avec un demi-succès deux extractions : pour la première, une dent de sagesse du haut, nous avons mis du menthol pendant une minute et demie, il a fallu 2 milliampères et nous n'avons pas eu de douleur.

M. Ronnet. — J'ai également enlevé une racine de canine très excavée, avec la cataphorèse ; le sujet a souffert, mais cet insuccès n'est pas imputable à la cataphorèse, car il paraît que pour employer ce procédé il faut du tissu osseux de chaque côté.

Nous avons fait, M. Godon et moi, l'essai de la cataphorèse sur une jeune fille pour une dentine extrêmement sensible, et nous avons obtenu le résultat attendu, de sorte que j'étais enthousiasmé.

La même personne est revenue avec une carie de la même dent, mais située à la face buccale ; j'ai pensé à anesthésier la dentine par le procédé habituel, j'ai isolé la dent, j'ai séché la cavité, j'ai mis de l'acide phénique et j'ai opéré avec un plein succès. Je reproche à la cataphorèse de retenir l'opérateur 25 minutes ; il est vrai que les trois quarts du temps nous pouvons nous dispenser d'y recourir.

M. Loup. — L'opération de dimanche était très difficile, et avec la cataphorèse nous sommes dans la période d'essai, c'est-à-dire

qu'avec un nouveau procédé nous avons employé un nouveau médicament, ce qui est un tort. On aurait dû recourir dans ce cas à la cocaïne que nous connaissons bien, au lieu d'employer le menthol, qui a le désavantage de rendre la vue trouble par ses vapeurs irritantes.

Dans un cas, il s'est produit, sur la muqueuse de la face externe, une eschare due vraisemblablement au contact du petit bouton métallique placé au centre de la cupule. On éviterait sans doute cet accident en augmentant la surface de contact et en remplaçant le petit bouton par un disque métallique.

V. — Dépôt du volume du compte rendu du Congrès de Paris (1897).

M. d'Argent. — M. Papot dépose sur le bureau deux exemplaires du volume du compte rendu du Congrès de Paris, destinés à la bibliothèque. Nous remercions M. Papot.

VI. — Traitement définitif en une ou deux séances des caries du 3e degré, par M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton. — C'est le traitement classique, que je rends plus rapide. J'emploie pour détruire le nerf un mélange d'acide arsénieux, d'acide phénique et de cocaïne et je n'ai ni sensibilité marquée ni périostite. Voilà 10 ans que j'emploie cette méthode et que je détruis la pulpe avec ce médicament. Pour obturer les canaux, je me sers d'une pâte composée d'iodoforme, d'oxyde de zinc, d'essence de girofle et de charbon, avec de la teinture de myrrhe comme véhicule, dans laquelle je trempe une mèche d'amiante ; je me sers également de l'air chaud et des irrigations. La mèche mise en place, si j'avais un insuccès, je pourrais la retirer ; mais j'ai à demeure un pansement et le médicament remonte jusqu'à l'apex. Quelquefois je n'emploie pas l'amiante, je place un peu de pâte dans la chambre pulpaire et, à l'aide d'une sonde à canaux en platine iridée, je fais pénétrer le médicament dans les canaux. Je n'ai jamais de périostite et j'obtiens toujours de bons effets.

Pour bien faire constater l'action énergique de la pâte arsénicale que j'emploie, j'en ai fait l'application sur une carie du 2e degré peu avancée et j'ai obtenu la destruction de la pulpe.

M. le Dr Pitsch. — Je me sers d'un mélange d'acide arsénieux et d'acide phénique qui ne me donne ni périostite ni douleur ; j'a même essayé d'y ajouter de l'orthoforme.

M. Bonnard. — Avec ce dernier on n'a pas de douleur.

M. le Dr Pitsch. — Je mélange ces produits avec de la glycérine

par parties égales, j'enlève ce qu'il y a dans la chambre pulpaire et j'obture celle-ci sans bourrer avec de la poudre de trioxyméthylène. Je ne tente pas d'enlever les nerfs, car je considère qu'il n'y a aucun inconvénient à les laisser dans les canaux dès l'instant qu'ils sont propres.

M. Lemerle. — Une discussion sur la façon d'employer l'acide arsénieux s'est produite à Marseille. Un dentiste américain a déclaré qu'il mettait sur le point dénudé de la pulpe un fragment d'acide arsénieux concassé et qu'il évitait toujours la douleur par ce moyen.

M. Siffre. — On parle d'une périostite qu'on impute à l'acide arsénieux ; c'est un tort, car tout dépend de l'état de la pulpe. A un moment donné, celle-ci est bien à découvert, mais elle n'est pas infectée ; en ce cas, on n'a pas de périostite à la suite de l'application du caustique. Si l'on a affaire à un 3e degré avancé, on ne détruit pas du même coup la pulpe et les agents infectieux ; la périostite se produit parce que la mortification du nerf a lieu dans un canal infecté.

Quand je me trouve en présence d'un canal infecté, je place une mèche de coton sur une sonde lisse, je la trempe dans l'acide sulfurique pur, je l'introduis ensuite dans le canal et je la retire immédiatement. Je passe ensuite des mèches sèches jusqu'à ce qu'elles ressortent propres, puis j'obture avec une pâte antiseptique. Je me sers de l'air chaud en abondance, mais j'ai complètement supprimé les irrigations, que j'employais autrefois.

M. Ronnet. — On doit enlever les nerfs. Pour ma part, je bouche en une séance, mais je lave soigneusement et abondamment les canaux avec une seringue de Pravaz. Quant à l'acide arsénieux, il provoque de la nécrose ; je vous présenterai prochainement un cas de nécrose qui se produisit dans cette école, après trois applications successives.

L'avantage de la méthode de M. Touvet-Fanton est qu'on n'est pas obligé d'ouvrir la chambre pulpaire violemment ; mais quand il y a pulpite, le nerf est déjà un peu infecté et, si l'on n'enlève pas la pulpe, il y a infection dans les canaux. Avec l'acide phénique et la cocaïne, on rend les nerfs indolores.

Je fais des lavages, je sèche ; puis, quand le canal est blanc, j'obture. En présence d'une carie du 3e ou du 4e degré, en une séance j'enlève les nerfs et j'obture sans douleur.

M. Joseph. — L'action de l'acide arsénieux sur la pulpe et le mécanisme de la destruction de celle-ci sont considérés très empiriquement. Il faut préparer l'étude de cette question, qui est très importante.

M. Touvet-Fanton. — J'ai traité cette question dans ma publication de 1888.

M. Papot. — Ainsi que le disait M. Lemerle, un dentiste américain a essayé l'acide arsénieux cristallisé et M. Schwartz a demandé que l'Ecole fît des essais sur l'acide arsénieux en poudre et en cristaux pour en rendre compte au Congrès de 1900.

M. le Dr Pitsch. — Il faudrait mettre à l'étude le traitement de la carie du 3e degré.

M. Siffre. — J'ai reçu une lettre de M. Chapot m'annonçant l'envoi d'un vœu à soumettre au Congrès de Lyon.

M. Papot. — On pourrait inviter l'Ecole à faire ces essais.

M. Martinier. — Un ou deux membres seulement peuvent les entreprendre.

M. d'Argent propose l'ajournement des séances au mois d'octobre. Adopté.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire général,
Dr E. MAIRE.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance de démonstrations pratiques, dimanche 25 septembre 1898.

Bien que la période de vacances ne fût pas encore terminée, la Société d'Odontologie, profitant de la présence à Paris de M. Algot-Ruhe de Stockholm, a tenu à convoquer ses membres, le dimanche 25 septembre à une séance pratique.

M. Algot-Ruhe nous a fait une très intéressante démonstration de la nouvelle méthode de son ami le Dr Lamoise pour la confection des dents à pivot et des pièces à pont.

Grâce à ce procédé, on arrive à faire en peu de temps une dent à pivot, la dent étant fixée au pivot par l'intermédiaire d'un alliage formant talon. Cet alliage, composé d'étain d'argent, d'or et de platine, présente une assez grande résistance et peut acquérir un beau poli.

M. Algot-Ruhe emploie pour prendre l'empreinte de la racine une substance composée d'oxyde de zinc, de blanc de plomb, d'huile de térébenthine, de cire et de colophane qui se ramollit à la chaleur et devient vite, en se refroidissant, dure et résistante.

Après nous avoir démontré sa méthode, notre confrère a fait défiler sous nos yeux une série de projections représentant les moulages de divers travaux à pont exécutés par le Dr Lamoise ou par lui-même.

M. Algot-Ruhe, qui parle très correctement notre langue, a donné sur chacun de ces différents cas des explications claires et détaillées ;

aussi notre président, M. d'Argent, lui a-t-il adressé des remerciements qui, d'ailleurs, lui étaient bien dus.

Dans la seconde partie de la séance, M. Ott nous a démontré l'emploi du chrysol. Ce procédé, grâce auquel on obtient en un instant une dorure parfaite d'un instrument quelconque, peut nous rendre des services.

Le secrétaire général
Dr. E. MAIRE.

RECETTES & PROCÉDÉS

NETTOYAGE DES DENTS APRÈS L'ENLÈVEMENT DU TARTRE.

On prend un bon bouchon, on en coupe une rondelle que l'on place sur le porte-disque ; tout en faisant tourner le disque on taille à l'aide d'un excavateur tranchant un disque concentrique auquel on peut donner facilement diverses formes.

On se sert de ces disques pour porter la poudre lorsqu'on nettoie les dents. Pour le polissage ultérieur se servir de rouge de Paris, (employé par les bijoutiers pour aviver les bijoux), mélangé d'alcool auquel on ajoute de l'eau de Cologne. Les dents acquièrent ainsi un éclat très vif.

(*Vierteljahrs Bericht.*)

VERNIS POUR CAVITÉ.

Dissoudre de la résine copale dans parties égales d'alcool et de chloroforme, ajouter 1 volume égal d'hydro-naphtol et il en résulte un vernis adhésif fortement antiseptique et dépouvu de causticité.

(*Pharmaceutical Journal.*)

MOYEN D'ANESTHÉSIER LA DENTINE.

Placer dans la cavité un tampon de ouate saturé d'acide phénique et plongé dans des cristaux de chlorhydrate de cocaïne. Insuffler de l'air chaud pendant quelques minutes. L'anesthésie sera suffisante pour permettre l'excision d'une couche de dentine sans aucune douleur.

(*British Journal of dent. Sc.*)

Soudure pour l'aluminum.

Zinc	50,03 o/o
Etain	47,99 o/o
Aluminium	1,76 o/o
Phosphore	0,22 o/o

Métal fusible a basse température.

Bismuth	5
Plomb	3
Etain	2

La fusion s'obtient à l'eau bouillante.

Un nouveau métal-base pour appareils dentaires

Ce nouveau métal, auquel on accorde une élasticité assez grande, est aussi susceptible d'un beau poli. Il ne serait pas attaqué par les liquides buccaux et rendrait les mêmes services que l'or.

En voici la formule :

Argent	3,53
Platine	2,40
Cuivre	11,71

Moyen de polir l'aluminium.

Mélanger 30 grammes de borax dans un litre d'eau et ajouter quelques gouttes d'ammoniaque.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES DENTISTES DANS L'ARMÉE

Sous ce titre, le *Progrès militaire* du 20 août dernier a publié l'article suivant que nous croyons utile de reproduire.

Un congrès dentaire qui s'est réuni ces jours derniers à Lyon a émis deux vœux qui intéressent l'armée ; ce sont les suivants : *Assimilation des ouvriers mécaniciens dentistes aux ouvriers d'art au point de vue militaire ; nomination de chirurgiens-dentistes dans l'armée.*

Nous sommmes trop peu partisan de la création de nouveaux cas de dispense pour accepter le premier de ces vœux : la rubrique *ouvriers d'art* est déjà bien assez élastique et amène d'assez nombreux abus pour que nous ne soutenions jamais la prétention des ouvriers mécaniciens travaillant chez les dentistes. Certes, il est parmi eux de véritables artistes, et les présentations faites au congrès

par le docteur Claude Martin, dentiste à Lyon, d'appareils remarquables de prothèse suffiraient à le prouver; mais tous ceux qui pourraient se dire mécaniciens-dentistes n'ont pas l'habileté des ouvriers du docteur Martin, et l'art dentaire ne sera pas en péril parce que les jeunes gens se destinant à seconder les dentistes en fabriquant des râteliers, voire des nez artificiels, continueront à passer trois ans sous les drapeaux. Il n'y a dans cette proposition aucun intérêt social, patriotique ou humanitaire.

La création de chirurgiens-dentistes militaires est une idée qui hante les dentistes, et non les moindres d'entre eux, depuis que des lois nouvelles ont relevé la position des dentistes, en entourant de quelques garanties scientifiques l'exercice de leur art. On ne saurait qu'applaudir à ces lois et à toutes celles qui ont pour but de soustraire les individus aux dangers d'opérations sur la bouche mal faites, car ces dangers sont réels; mais de là à organiser un service spécial de dentisterie militaire, sous les ordres de nos médecins militaires, il y a loin!

Le médecin militaire, dira-t-on, ne peut pas, en toutes circonstances, donner aux dents des soldats et à celles des familles d'officiers tous les soins longs et méticuleux qu'entraîne la pratique de l'obturation, par exemple, et quelquefois l'extraction s'impose de dents qu'un dentiste eût essayé de conserver. Mais il importe de remarquer que les jeunes médecins militaires reçoivent à l'école de Lyon, et surtout au Val-de-Grâce, des leçons d'art dentaire, que l'arsenal chirurgical militaire comporte l'outillage nécessaire pour les soins les plus variés à donner aux dents et que la clef et le davier sont loin d'être les seuls engins curatifs appliqués dans les infirmeries et les hôpitaux de l'armée. Que le médecin de régiment utilise, mais sous sa responsabilité personnelle et sa surveillance continue, les jeunes dentistes incorporés dans son régiment, passe encore! Mais constituer, à côté des pharmaciens militaires, des dentistes militaires, ce serait là une porte ouverte à tous les abus: après les dentistes, nous aurions, à l'instar de l'armée anglaise, les pédicures, les masseurs... On ne voit pas où s'arrêterait la spécialisation. En campagne que ferait-on des dentistes militaires? Imagine-t-on leur emploi utile au camp, au cantonnement et sur le champ de bataille?

Nos médecins militaires savent de l'art dentaire ce qui est nécessaire; faites-les assez nombreux pour qu'il leur soit possible d'assurer tous les détails de leur service, art dentaire compris, si vous y tenez, mais laissez les dentistes de profession aurifier, plomber, extraire, blinder, etc., en dehors de l'armée; voilà ce que nous dirions au législateur, si jamais le vœu du congrès dentaire de Lyon prenait la forme d'un projet de loi... ce qui, fort heureusement, n'est pas à la veille d'arriver.

A la suite de cette publication, nous avons adressé au directeur du *Progrès militaire* la lettre suivante :

Paris, 17 septembre 1898.

Monsieur le Directeur,

Vous avez publié dans le numéro du 20 août dernier de votre estimable journal un article sur le Congrès dentaire national tenu à Lyon quelques jours auparavant.

A l'occasion d'un vœu présenté par deux congressistes, adopté par l'Assemblée, et tendant à l'assimilation des mécaniciens-dentistes aux ouvriers des industries d'art en vue de la dispense de deux années de service militaire actif, l'auteur de l'article fait remarquer qu'*il est trop peu partisan de la création de* NOUVEAUX CAS *de dispense pour accepter ce vœu* et conclut par ces mots qu'*il n'y a dans la proposition aucun intérêt social, patriotique ou humanitaire*.

Permettez-moi de vous faire observer, monsieur le Directeur, que le vœu précité ne tend nullement à augmenter les cas d'exemption partielle prévus par la loi, c'est-à-dire à créer un nouveau cas de dispense.

Ainsi que vous pourrez vous en convaincre par la lecture de la note ci-après que nous avons adressée au Ministre de la Guerre, la dispense existe, elle résulte de l'esprit de la loi et, en fait, elle est accordée; mais il y a, à cet égard, des différences d'interprétation et une absence de régularité que cette pétition a simplement pour but de faire cesser.

Il est bon d'ajouter que les mécaniciens-dentistes ne se bornent pas à la confection des pièces de prothèse dentaire dans l'atelier du dentiste; ils procèdent à de véritables restaurations faciales, et c'est uniquement à eux que s'adressent les chirurgiens militaires quand il s'agit de refaire les portions de visages des soldats mutilés par les projectiles. C'est à ces travaux de réfection que Préterre, MM. Michaëls, Dr Cl. Martin, Kingsley et Delalain, pour ne citer que les plus connus, doivent leur célébrité, et c'est pour les services rendus dans ce genre d'opérations que M. Delalain a reçu la croix de la Légion d'honneur du Ministre de la guerre. Je crois, à ce point de vue que les mécaniciens-dentistes remplissent véritablement un rôle *social, patriotique* et *humanitaire*.

Je me plais à espérer, monsieur le Directeur, que la lecture des documents que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux (communication au Congrès de Lyon, pétition au Ministre de la Guerre et note qui l'accompagne) sera de nature à rectifier l'opinion émise dans vos colonnes et je vous serai très obligé de vouloir bien leur donner l'hospitalité, ainsi qu'à la présente lettre, dans un de vos prochains numéros.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Ch. Godon.

P. S. — Quant au vœu tendant à la création de chirurgiens-dentistes dans l'armée, il avait pour but de faire déterminer la situation des chirurgiens-dentistes dans le corps de santé militaire, où ils sont incorporés tantôt comme simples infirmiers et tantôt comme médecins aides-majors et de leur permettre de rendre à l'armée des services en rapport avec les études médicales qu'ils sont tenus de faire depuis la loi sur la médecine de 1892. Le système dentaire a une influence assez grande sur la santé des hommes pour que les soins d'un spécialiste y soient consacrés utilement.

Cette lettre a provoqué dans le *Progrès militaire*, l'article suivant inséré le 28 septembre :

L'ART DENTAIRE ET L'ARMÉE

L'article que nous avons publié, dans notre numéro du 20 août dernier, relativement à plusieurs vœux formulés par le congrès dentaire de Lyon, quelques jours auparavant, nous vaut une lettre explicative de M. Godon, directeur de l'*Ecole* et du *Dispensaire dentaires* de Paris (45, rue de la Tour-d'Auvergne et 5 *bis*, cité Milton).

M. Godon nous fait remarquer que le vœu tendant à l'assimilation des mécaniciens dentistes aux ouvriers des industries d'art en vue de la dispense de deux années de service militaire actif « ne tend nullement à augmenter les cas d'exemption partielle prévus par la loi, c'est-à-dire à créer un nouveau cas de dispense... La dispense existe, elle résulte de l'esprit de la loi et en fait elle est accordée ; mais il y a, à cet égard, des différences d'interprétation et une absence de régularité qu'une pétition adressée au ministre de la guerre a simplement pour but de faire cesser ».

Posée dans ces termes, la question nous paraît effectivement devoir être résolue par une interprétation uniforme de la loi dans tous les centres de recrutement et il peut paraître souhaitable que le ministre donne des instructions en conséquence et décide, comme l'exprime la pétition envoyée par MM. G. Viau et Ch. Godon, si les mécaniciens dentistes sont classés parmi les bénéficiaires de la loi et s'ils doivent être rangés parmi les fabricants d'instruments de chirurgie ou parmi les serruriers d'art, puisqu'il résulterait d'une enquête de M. Hélot, dentiste à Brest, que, selon les chefs-lieux de département, ces différentes interprétations ont eu lieu. Tout ce que nous souhaitons, c'est qu'il ne soit pas créé un nouveau cas de dispense.

Combattant notre conclusion que, dans la proposition du congrès dentaire, il n'y a aucun intérêt social, patriotique ou humanitaire, M. Godon cite les noms de praticiens distingués qui ont mis leur talent à la disposition de mutilés militaires de la face qui ont bénéficié de l'emploi d'appareils prothétiques. Nous avons nous-même, dans notre précédent article, rendu justice aux services de ce genre, mais nous ne croyons pas qu'ils seraient perdus pour la société, la patrie et l'humanité, parce que leurs auteurs auront été appelés à servir trois années au lieu de deux.

Enfin, M. le directeur de l'Ecole dentaire nous fait remarquer, quant au vœu tendant à la création de chirurgiens-dentistes dans l'armée, qu'il a pour but « de faire déterminer la situation des chirurgiens-dentistes dans le corps de santé militaire, où ils sont incorporés tantôt comme simples infirmiers et tantôt comme médecins aides-majors ». Il n'ignore pas que, pour être aide-major, il faut tout d'abord être docteur et que, le corps de santé de réserve ne comprenant que des médecins et des pharmaciens, une loi seule pourrait constituer des chirurgiens-dentistes militaires. C'est l'opportunité de cette loi que nous contestons pour les motifs que nous avons indiqués. Ce qui ne veut pas dire, nous le répétons, que l'armée doive systématiquement se priver des services des dentistes appelés sous les drapeaux : il appartient aux médecins chefs de service à utiliser ces praticiens, sous leur propre responsabilité et dans la mesure qu'ils jugent utile ; aucune loi, aucun règlement n'est pour cela nécessaire. Mais ce n'est pas au moment où l'insuffisance des crédits ou d'autres motifs retardent l'application de la loi du 15 avril 1898 sur l'extension des cadres de nos médecins militaires qu'on peut songer à faire entrer dans le corps de santé les dentistes qui, peut-être utiles, sont d'autant moins indispensables que les médecins de l'armée savent et pratiquent l'essentiel de l'art dentaire.

Nous remercions notre confrère du *Progrès militaire* de son aimable réponse. Nous sommes très heureux qu'il nous ait donné

satisfaction sur le premier point relatif aux mécaniciens-dentistes et nous demeurons d'accord avec lui qu'il convient de ne pas créer de nouveaux cas de dispense, parce que, comme lui, nous pensons qu'ils sont bien assez nombreux.

Pourtant, nous persistons à croire que les chirurgiens-dentistes diplômés des Facultés de médecine, qui ont dû, pour obtenir leur diplôme, faire des études médicales, devraient être employés, en attendant la loi, bien longue à venir, je le reconnais, portant création de chirurgiens-dentistes dans l'armée, non pas comme le dit par erreur ma lettre de rectification, à titre de *médecins aides-majors*, mais à titre de MÉDECINS AUXILIAIRES du service de santé dans la réserve et la territoriale, car ils peuvent rendre des services dans les hôpitaux et dans les ambulances. Ils sont d'ailleurs employés dans les hôpitaux et dans les infirmeries régimentaires; mais ils n'y ont pas de situation définie, de titre en rapport avec leurs connaissances et ces emplois sont, en outre, laissés à la discrétion et au bon vouloir des chefs de corps. Il en résulte une inégalité de traitement que le vœu émis par le Congrès serait également destiné à faire disparaître.

C. G.

DU RECRUTEMENT PROFESSIONNEL

CONSEILS AUX PÈRES DE FAMILLE

LE CERTIFICAT D'ÉTUDES PRIMAIRES SUPÉRIEURES

Un de nos lecteurs nous communique le texte des épreuves du certificat d'études primaires supérieures imposées cette année dans le département d'Eure-et-Loir. Nous le reproduisons ci-après, dans la pensée d'être utiles aux futurs candidats à ce diplôme, qui est un de ceux que la loi réclame aux étudiants en dentisterie avant qu'ils puissent prendre leur première inscription [1].

ÉPREUVES ÉCRITES

Composition française. — Décrire une villa telle que vous voudriez l'habiter.

Histoire et Géographie. — Histoire et géographie de l'Europe en 1815 — traiter séparément les deux questions.

Sciences naturelles. — L'insecte. — Transformation des appareils circulatoire, respiratoire, digestif. — Organes des sens. — Métamorphoses.

Mathématiques. — Dans un tétraèdre régulier de 2 mètres de côté, on mène un plan parallèle à l'une des faces, lequel plan divise la hauteur du tétraèdre en 2 parties proportionnelles aux nombres 1 et 2, de façon que la plus grande partie se trouve du côté de la face considérée. On demande : 1° le volume du tronc de pyramide ; 2° le volume de la pyramide considérée.

---

1. Un récent arrêté du Ministre de l'Instruction publique modifie les prescriptions relatives à ce certificat ; nous les publierons dans un prochain numéro.

Dessin. — Dessiner à vue d'œil avec sa perspective une amphore grecque posée sur un socle.

Travail manuel. — Dresser à la lime grasse, sans polir, un bloc de fer de 0,005 d'épaisseur, 0,08 de long, et 0,05 de large, sur 7 faces, les dites faces perpendiculaires entre elles.

Allemand. — Version de 14 lignes : « Le chien avide de Briens. »

EPREUVES ORALES

(Celles imposées au fils de notre correspondant).

Histoire. — Guerre de 30 ans. — Ministère de Richelieu. — Guerres de Rel gion. — Edit d'Alais. — Dire de 10 ans en 10 ans et de 100 ans en 100 ans à partir de l'Edit d'Alais sur 6 dates les événements.

Géographie. — Fleuves d'Allemagne et les villes qu'ils arrosent.

Bassin de la Loire et villes situées sur le fleuve et les affluents.

Morale. / *Instruction civique.* } Les agents nationaux.

Droit usuel. — Le capital, ses différentes formes.

Physique. } La chaleur. — Ses propriétés ses transformations.
Le son. — Théorie de l'Echo.

Chimie. } Préparation de l'oxygène.
Dangers de la préparation au chlorate de potasse.
Ecrire en notation ancienne la notation atomique de l'acide azotique.

Histoire naturelle. — Modification de l'appareil circulatoire chez les vertébrés et l'appareil digestif chez les mammifères.

Agriculture. — Prairies naturelles et artificielles.

Géométrie. — Rapport des surfaces de deux triangles semblables.

Volume du tronc de cône (Théorie).

Algèbre. — Equations irrationnelles.

Comptabilité. — Passer un article au journal, chèques et traites.

Allemand. — Traduire oralement et sans dictionnaire 12 lignes choisies dans un texte. Conjuguer au futur, au conditionnel et à l'imparfait les 6 verbes irréguliers inclus dans le texte.

Musique. — Dire le ton d'un morceau donné.

Dire pourquoi en *la* majeur et non en *la* mineur.

Solfier un morceau de 20 mesures.

Que signifient les chiffres 2 et 4 dans la mesure à 2/4?

Lecture expliquée : l'année américaine.

Signification des diverses acceptions du mot Académie.

Règle d'accord du participe passé employé sans auxiliaire.

Analyser logiquement une phrase.

Gymnastique. — Marche militaire avec doublement et dédoublement des rangs en marche, demi-tour en marche.

Flexion en avant et extension.

Mouvements divers.

Rétablissement par torsion aux barres fixes.

Rétablissement sur les reins au trapèze.

Rétablissement sur les avant-bras aux barres parallèles.

La durée des compositions écrites était de 13 heures, le reste à l'avenant.

Notre correspondant ajoute : « Vous pouvez voir par là que cet enseignement n'est pas futile, tant s'en faut; et au point de vue professionnel et de l'habileté manuelle je suis persuadé que les jeunes gens

préparés dans les Ecoles primaires supérieures vous donneront généralement plus de satifaction que ceux sortis des lycées et collèges.

» C'était du reste l'avis de feu ce pauvre et excellent Dubois. »

Puisque la question se trouve pour la première fois abordée dans ce journal, nous croyons devoir nous y arrêter quelque peu.

Nous avons été un des premiers avec Dubois à applaudir à l'inscription de ce certificat au nombre de ceux permettant l'entrée dans notre profession. Nous connaissions ce certificat et nous en sommes très partisan, particulièrement pour les étudiants dentistes. Ceux qui en sont pourvus sont en général les meilleurs élèves de l'enseignement primaire, qui, après l'obtention du certificat d'études primaires, ont continué leurs études sur les encouragements de leur instituteur. Le certificat d'étude secondaires obtenu à la sortie des lycées et collèges est, au contraire, souvent un pis aller vers lequel on se tourne après des études secondaires interrompues pour divers motifs, mais le plus souvent après des insuccès au baccalauréat.

Maintenant, considérant le cas le plus fréquent, celui d'un jeune garçon de 16 ans qui a subi avec succès les épreuves du dit certificat d'études, le meilleur emploi qu'il puisse faire de l'année de liberté dont il dispose avant sont entrée dans une école dentaire, c'est de la passer dans le laboratoire d'un dentiste connaissant bien la prothèse ; ce sera assurément la meilleure préparation à l'étude de la dentisterie — à moins toutefois que le candidat ne demande et n'obtienne, ce qui est aisé, une dispense pour entrer immédiatement à l'école dentaire. Dans ce dernier cas les trois années de cours se trouvent terminées un an avant le moment d'être appelé au service militaire ; il est préférable alors, pour employer cette année, de rester pendant les 12 mois chez un praticien de l'étranger (Angleterre, Etats-Unis ou Allemagne). Le jeune homme complèterait ainsi son savoir professionnel et même son instruction générale.

C. G.

LA RÉFORME DE L'ART DENTAIRE EN BELGIQUE

Nous avons reçu d'un de nos confrères de Belgique le texte d'un avant-projet de loi récent, réglant l'exercice des diverses branches de l'art de guérir. Ce projet de loi, qui ne comprend pas moins de 80 articles, contient, dans son chapitre III, des dispositions spéciales aux dentistes, sur lesquelles il y aura lieu de revenir. Nous le publions ci-après in-extenso.

Notre confrère nous envoie également un projet de création d'un enseignement odontologique présenté par lui en 1887 à la Société odontologique belge, approuvé par celle-ci, d'abord, puis par l'Académie de médecine et soumis ensuite au Gouvernement.

Cette date de 1887 est intéressante à relever et à rapprocher de celle de l'avant-projet de loi précité, qui est de 1898, si l'on considère que c'est en 1884 — il a quatorze ans aujourd'hui — que la Société odontologique belge s'est fondée, dans le but d'organiser l'enseignement de l'art dentaire en Belgique. C'est afin de procéder à cette organisation qu'elle adoptait le projet élaboré par un de ses membres, M. de Paepe — notre correspondant d'aujourd'hui — projet dont nous parlons plus haut et que nous avons longuement étudié et commenté dans le numéro d'octobre 1886 de *L'Odontologie*.

L'article que nous consacrions à cette question avait pour titre : *La réforme de l'art dentaire, Etude des projets de réforme en Belgique*, et se terminait par ces mots : « Nous regrettons que nos voisins, au lieu de s'adresser à l'Etat, n'aient pas entrepris leurs réformes seuls, avec le concours des bonnes volontés. » Nous pourrions aujourd'hui avec autant de raison et même plus de raison qu'alors exprimer la même idée, car voilà 12 *ans* que cet article a été écrit et en voilà 14 que la Société odontologique belge attend sous l'orme la réforme qu'elle a prié l'Etat de faire et que l'Etat n'a point faite. »

Si nos confrères belges s'étaient mis à l'œuvre eux-mêmes et avaient fait chez eux ce que nous avons fait chez nous, nul doute qu'il y aurait depuis longtemps en Belgique un enseignement dentaire. C'est là un exemple de plus qui conforme la thèse que nous avons toujours soutenue : l'inaptitude de l'Etat à donner notre enseignement professionnel, et qui vient fort à propos, à un moment où cette question a été de nouveau agitée chez nous et tranchée dans le sens que l'on sait par le dernier congrès dentaire national.

C. G.

Dispositions spéciales aux dentistes

Art. 40. — Les articles 1 et 2 de la loi du 10 avril 1890, sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires, sont complétés comme suit :

« *Art.* 1er. — Les Universités sont autorisées en outre, lorsque leur enseignement le comportera, à conférer les grades académiques de candidat chirurgien-dentiste. »

« *Art.* 2. — Nul n'est admis à l'examen de chirurgien-dentiste s'il n'a obtenu, soit le grade de candidat en médecine, chirurgie et accouchements, soit celui de candidat chirurgien-dentiste. »

Art. 41. — Le paragraphe suivant est intercalé entre le 2e et le 3e alinéa de l'article 4 de la loi du 10 avril 1890 précitée :

« Aucun candidat chirurgien-dentiste ne peut de même obtenir le grade de chirurgien-dentiste, s'il ne justifie par certificat qu'il a fréquenté avec assiduité et succès, pendant deux années au moins, à partir de l'époque à laquelle il a obtenu le diplôme de candidat chirurgien-dentiste, la clinique médicale et chirurgicale. »

Art. 42. — Les articles 2, 5, § 1[er] et 10, § 13 de la loi du 10 avril 1890 précitée sont complétés comme suit :

« *Art.* 5, § 1[er]. — Nul n'est admis à l'examen de candidat en philosophie et lettres, de candidat notaire, de candidat en sciences naturelles ou de candidat chirurgien-dentiste s'il ne justifie par certificat... (le reste comme à l'article). »

« *Art.* 10, § 13. — Pour les étudiants qui aspirent au grade de candidat en sciences naturelles ou à celui de candidat chirurgien-dentiste, l'épreuve comprend, outre les matières indiquées ci-dessus sous les n[os] 1 à 10 et éventuellement le grec, la géométrie à trois dimensions, la trigonométrie rectiligne et les éléments de la physique. »

Art. 43. — Les deux articles suivants sont ajoutés à la loi du 10 avril 1890.

« *Art.* 22 *bis.* — L'examen pour le grade de candidat chirurgien-dentiste comprend :

1° La logique, la psychologie et la philosophie morale;
2° La physique expérimentale ;
3° La botanique ;
4° La zoologie ;
5° L'histologie générale ;
6° La physiologie ;
7° La chimie générale ;
8° L'anatomie humaine ;
9° L'anatomie comparée de la bouche.

Les récipiendaires subiront en outre : *a*) une épreuve pratique sur la chimie, sur l'histologie, avec démonstrations microscopiques ; *b*) une épreuve pratique de dissection avec démonstrations tant anatomiques ordinaires ou macroscopiques que microscopiques.

Les matières énumérées ci-dessus font l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves et de deux années d'études au moins.»

« *Art.* 24 *bis.* — L'examen pour le grade de chirurgien-dentiste comprend :

1° La pharmacognosie ;
2° Les éléments de pharmacologie ;
3° La thérapeutique générale ;
4° L'anatomie pathologique ;
5° La pathologie générale ;
6° La pathologie médicale et chirurgicale ;
7° La clinique médicale ;
8° La clinique chirurgicale ;
9° La théorie et la pratique des opérations médicales et chirurgicales ;
10° La prothèse et la mécanique dentaires.

Le candidat en médecine, chirurgie et accouchements, sera interrogé en outre sur l'anatomie comparée de la bouche.

Les matières de l'examen font l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves et de deux années d'études au moins.

Toutefois, pour le docteur en médecine, chirurgie et accouchements, l'examen comprend une épreuve unique portant exclusivement sur :

1° La théorie et la pratique des opérations spéciales à l'appareil dentaire ;

2° La prothèse et la mécanique dentaires. »

Art. 44. — Les articles 29 § 1er, 32 § 1er, 52, 53, § 2 et 55 sont modifiés comme suit :

« *Art.* 29, § 1er. — Le Gouvernement pourra toujours dispenser des prescriptions de la présente loi, quant à la durée minima des études, les porteurs d'un diplôme relatif au grade de candidat notaire, de pharmacien, de chirurgien-dentiste ou à un grade légal de docteur ou d'ingénieur. »

« *Art.* 32, § 1er. — Est considéré comme université, pour l'application de la présente loi, tout établissement d'instruction supérieure composé de quatre facultés au moins, comprenant l'enseignement de la philosophie et des lettres, du droit, des sciences physiques, mathématiques et naturelles, de la médecine, de la chirurgie et des accouchements, et dont le programme embrasse, sauf les cas prévus aux articles 1, 13 et 14, toutes les matières prescrites par la loi pour les examens dans chacune de ces branches. »

« *Art.* 52. — Les femmes peuvent obtenir les grades académiques. Elles peuvent, en outre, jouir des droits qui sont attachés aux grades prévus par les articles 24, 24 *bis* et 25 de la présente loi. »

« *Art.* 53, § 2. — Sont admis à concourir, les jeunes gens inscrits au rôle des étudiants d'une université, ainsi que ceux qui ont obtenu depuis deux ans, au maximum, soit dans une université, soit devant un jury constitué par le Gouvernement, le diplôme légal de docteur, de pharmacien, de chirurgien-dentiste, de candidat notaire ou d'ingénieur. »

« *Art.* 55. — Quatorze bourses de voyage de 4000 fr., à répartir en deux années, peuvent être décernées annuellement par le Gouvernement, à la suite d'un concours dont il règlera les conditions, à des Belges ayant obtenu, depuis moins de deux ans, le diplôme légal de docteur, de pharmacien, de chirurgien-dentiste ou d'ingénieur, soit dans une université, soit devant un jury constitué par le Gouvernement, pour les aider à visiter dans les pays étrangers soit des universités, soit des établissements industriels ou des travaux relevant de l'art de l'ingénieur. »

Art. 45. — Le diplôme de chirurgien-dentiste comporte le droit de traiter concurremment avec les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, toutes les maladies et affections de l'appareil dentaire et de faire toutes les opérations chirurgicales nécessaires pour le traitement.

Toutefois, si la cause de la maladie ou de l'affection ne siège pas dans l'appareil dentaire, ou bien si le traitement de l'opération comporte l'anesthésie générale ou est de nature à entraîner des conséquences, soit sur l'état général soit sur toute partie du corps autre que l'appareil dentaire, le chirurgien-dentiste non diplômé docteur en médecine, chirurgie et accouchements, ne peut agir qu'avec le concours et sous la responsabilité d'un docteur en médecine, chirurgie et accouchements.

Art. 70. — Les candidats dentistes régulièrement inscrits en stage

lors de la publication de la présente loi pourront jusqu'au 31 décembre 1899 obtenir le diplôme de dentiste dans les conditions de l'arrêté royal du 30 décembre 1884, devant un jury constitué à cet effet par le Gouvernement.

Art. 71. — L'article 45 est applicable aux dentistes actuellement diplômés et à ceux qui seraient diplômés conformément à l'article 70.

Art. 72. — Les dentistes autorisés à pratiquer leur art sous l'empire de la législation antérieure à la présente loi et ceux qui seraient diplômés conformément à l'article 70 peuvent obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste en subissant l'examen prévu pour les docteurs en médecine par l'article 43 (art. 24 *bis* de la loi sur la collation des grades académiques), sans avoir à justifier du diplôme de candidat chirurgien-dentiste ou de candidat en médecine, chirurgien-dentiste ou de candidat en médecine, chirurgie et accouchements ni de durée des études.





CORRESPONDANCE

Nous insérons d'autant plus volontiers la lettre suivante qu'elle expose une idée qui nous a été souvent exprimée et qu'elle nous paraît de nature à provoquer la création parmi nos confrères établis de véritables tuteurs de nos élèves, une sorte de préceptorat dentaire, pour ainsi dire.

Monsieur le Directeur,

Etant sur le point de vous confier mon fils afin qu'il reçoive à l'Ecole Dentaire l'instruction et l'éducation que doit posséder tout praticien dentiste soucieux de son bon renom comme aussi de la dignité et du progrès de la Profession, je viens vous exposer les craintes qui m'assiègent à l'idée de laisser livré à lui-même un jeune homme sans expérience de la vie comme aussi des embûches de la Grande Ville.

Car, une fois les cours terminés et la sortie de l'Ecole effectuée, l'étudiant, s'il n'est pas doué (chose hélas, rare) d'un caractère ferme et bien trempé, trouvera dans la promiscuité de la rue ou de la fausse camaraderie cent occasions de se *dévoyer*. Je ne veux pas m'appesantir sur les différentes acceptions de ce mot ; les parents soucieux de l'honneur de leur nom, de la santé de leurs enfants et de l'équilibre du moral de ceux-ci comprendront suffisamment.

J'ai donc pensé qu'en ces temps durs sous certains rapports, mais aussi réconfortants si l'on pense aux efforts de certains bons esprits pour maintenir et élever si faire se peut le niveau moral des nouvelles générations ; j'ai pensé, dis-je, que ce ne serait pas en vain que, par votre organe si autorisé, vous prendriez l'initiative d'une requête

adressée à tout le corps dentaire habitant près des Ecoles dentaires.

Cette requête aurait pour objet de décider le plus possible de dentistes pouvant et voulant le faire, à prendre en pension (3 repas et le logement) les jeunes étudiants fréquentant les Ecoles Dentaires, que ces jeunes gens soient ou non fils de confrères.

Ce serait faire là acte de véritable confraternité, en suppléant la famille auprès de ces adolescents et les arracher ainsi sûrement aux entraînements toujours funestes des tentations de la rue et des fréquentations mauvaises ou douteuses. D'un autre côté, je suis persuadé qu'au bout de peu de temps, les bons élèves deviendraient d'utiles et précieux auxiliaires pour les dentistes qui les auraient en pension. Tout n'en irait que mieux et les familles seraient pleinement rassurées.

Quant au prix à débattre ou à fixer avec celles-ci, je n'ai ni qualité ni expérience pour en parler autrement.

Ce serait chose à convenir entre les intéressés, les prix pouvant varier suivant les circonstances et les services que pourrait rendre à son hôte le jeune étudiant.

Si quelques confrères entraient dans cette voie, je suis persuadé que bon nombre de familles sinon toutes, n'hésiteraient pas à leur confier leurs fils ; il n'y aurait pour cela qu'à tenir ouvert à l'Ecole Dentaire un livre d'offres et de demandes indiquant : les noms, qualités, adresses et prix de pensions.

En peu de temps il y aurait place nette.

Il y a là une mesure de préservention sociale et moralisatrice : Retrouver un foyer honnête, laborieux, dans un milieu bon et sympathique et cela loin des siens, c'est je crois le meilleur moyen de faire l'apprentissage de la vie en la voyant sous son véritable jour et son bon côté ; c'est aussi apprendre à aimer les hommes, au lieu de les les détester à tort ou à raison.

Si ma lettre vous semble d'actualité, vous voudrez bien lui donner telle publicité que vous jugerez bonne et utile.

Agréez,

X...





VARIA

HYGIÈNE INFANTILE

L'INSPECTION DENTAIRE

Jean Lédile, mon confrère et ami, a publié dernièrement sous ce titre, dans la *Dépêche* de Brest, l'excellent article qui suit[1] :

J'aime ta bouche en fleurs dont la corolle s'ouvre,
Pourpre pur, sur un fond de neige éblouissant.
C'est à prendre en pitié tous les trésors du Louvre...
J'aime ta bouche en fleur, fleur de chair, fleur de sang !
J'aime ta bouche en fleur dont la corolle s'ouvre.

Elle me trottait hier par la cervelle, cette strophe qu'en son *Rosaire d'amour* le bon poète normand André Lemoyne, l'un des plus fermes tenants de ce Parnasse contemporain dont les représentants inclinent vers la tombe, adressait, voilà bien des années, à une adorable jeune femme devenue, depuis, une bonne maman, et chez qui de la beauté d'antan — hélas ! tout passe — rien n'est demeuré, sinon le pur dessin de la bouche, dont le doux sourire révèle encore une double rangée de perles, les plus jolies qui soient au monde. Oui, ces vers chantaient en moi hier, et ce qui en avait ravivé en ma mémoire le souvenir oblitéré, c'était la lecture d'un rapport, pas du tout poétique puisque essentiellement médical, adressé à M. C. Berger, adjoint-maire, par M. Adolphe Hélot, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, dentiste inspecteur du service dentaire municipal, dentiste de l'hospice civil, de l'école navale et de la *Bretagne*, rapport ayant pour objet le fonctionnement de l'inspection dentaire dans les écoles de la ville de Brest.

Et pourtant l'association d'idées qui de la trousse du médecin m'avait conduit à la plume du poète, et des cris inarticulés poussés par le patient douillet sur le fauteuil à bascule de l'opérateur aux rythmes ailés dont la chère musique émeut nos cœurs attendris, non, cette association n'était point si saugrenue. Car, jamais mieux qu'en la matière traitée par M. Adolphe Hélot n'apparaît la vérité du vieil adage : « Beauté c'est santé. »

Loin de moi la pensée de reproduire ici *in extenso* ce savant opuscule dont la lecture, que l'auteur s'est essayé à rendre aussi aisée qu'il est possible, semblerait peut-être un tantinet sévère à quelques-

1. Cet article de vulgarisation, qui nous est adressé par notre confrère M. Hélot, de Brest, nous a paru de nature à intéresser tous ceux qui s'occupent de la création des services d'inspection dentaire dans les écoles.

uns. Je le voudrais résumer pourtant, tout au moins en faire passer la substance dans le cadre de cet article, afin de permettre à nos lecteurs de mieux pénétrer l'importance du service de l'inspection dentaire dans les écoles.

Contradiction flagrante et vieille presque autant que l'humanité. Mères, pères, nourrices, médecins, vivent dans l'inquiétude de la première dentition de l'enfant, des événements qui en peuvent hâter l'avènement ou de ceux capables de le retarder, des accidents variés dont elle s'accompagne ; mais sitôt les premières dents de lait écloses, va comme je te pousse, ou plutôt comme tu pousses. Ces dents seront bonnes ou mauvaises, se carieront, tomberont, s'élanceront de travers hors de leur alvéole, deviendront le milieu de culture d'où les microbes de la pneumonie, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde *e tutti quanti* se répandront dans l'organisme pour l'infecter : baste ! les dents, est-ce qu'on s'occupe de ça ? Devenu homme, cet enfant pâtira d'abord des névralgies qui accompagnent la chute des dents ; faute de pouvoir broyer de façon suffisante les aliments, il deviendra dyspeptique, fantasque, et partant grincheux et désagréable à ceux qui l'approcheront ; peut-être même, par la fétidité de son haleine, sera-t-il, pour tous, objet de dégoût ; toutes ces souffrances, on pourrait les lui éviter avec un peu de soin, et l'on se garde de le faire !

A propos de l'influence que la dentition peut exercer sur la vie d'un homme, fût-il roi de France ou de Navarre, serait-il paradoxal d'avancer qu'une des grandes causes de l'humeur morose de Louis XIII, de la sujétion où le tint Richelieu, doit être recherchée dans la difficulté qu'il éprouvait à exprimer ses idées, non pas qu'elles ne vinssent en foule à son esprit, mais parce qu'une double rangée de dents à chacun des maxillaires était pour lui un insurmontable obstacle à une articulation nette, précise et rapide des mots ? Pour employer une expression vulgaire, Louis XIII « bafouillait ».

Or, pour lancer le *quos ego*, il faut parler haut et ferme. C'est ce que fit Louis XIV lorsque botté, éperonné, le fouet de chasse à la main, il jeta au Parlement stupéfait le fameux : « L'Etat, c'est moi ! » dans lequel se résuma son règne. Il est vrai que celui-là était venu au monde pourvu de deux incisives.

Trêve de digressions historiques. Les petits enfants qui fréquentent les écoles brestoises ne prétendront jamais à jouer les Louis XIII ni les Louis XIV, j'en suis sûr ; d'abord parce que les rois de France sont étiquetés, dans nos musées, au rang des vieilles lunes, et puis, parce que si tout le monde peut espérer gravir les degrés du pouvoir en notre République, infiniment rares sont ceux à qui le lourd honneur de l'exercer est dévolu.

Que si leurs ambitions — en ont-ils même déjà ? — sont infiniment moins hautes, il ne s'ensuit pas que ce ne soit œuvre pie que de soigner

les quenottes de tous ces marmots, car ils deviendront de bons travailleurs, d'honnêtes mères de famille, dont la santé sera aussi précieuse, en somme, à la masse sociale, que le pourrait être celle d'un très haut, très noble et très puissant seigneur.

Aussi je ne lisais pas sans un vif intérêt le récit des efforts poursuivis dans ce sens par M. Hélot, avec la haute approbation de MM. Delobeau et Berger, et le précieux concours de M. Bourragué, inspecteur primaire, de MM. Ponthou Bergot, Guéguen, Mingam, Carion, Rolland, de M[lles] Grall, Le Sueur, Holliet, Nan et Ketterlin, directeurs et directrices d'écoles.

Je commençais cet article par l'évocation d'un riant souvenir ; c'est par un souvenir macabre que je veux terminer.

Le 20 juin 1879, un croiseur anglais accostait un des quais de l'arsenal de Woolwich. D'un catafalque dressé dans le carré de l'*Enchantress*, douze *captains*, *commanders*, *lieutenants*, *midshipmen*, enlevèrent un cercueil et le portèrent vers une construction basse et de forme octogone, qui disparaissait sous les pavillons français et anglais crêpés de deuil. Lorsque la bière y eut été introduite, quelques personnes entrèrent à sa suite. C'étaient — je revois cette scène — le prince de Galles, le duc de Cambridge et le duc de Connaught, le prince Jérôme-Napoléon, le prince Victor-Napoléon, MM. Maurice Richard, Duruy, le général Fleury, le comte de Nieuwerkerke, le comte de Girardin, le baron Legoux, le lieutenant Conneau, le lieutenant Corvisart et quelques autres hauts dignitaires ou fonctionnaires de la cour de Napoléon III, ou encore quelques-uns des amis particuliers de celui qui avait été le prince impérial ; car c'était sa dépouille mortelle que du Zululand on venait de ramener en Angleterre et il s'agissait, avant de rédiger l'acte mortuaire, de procéder à l'identification du cadavre. Dans un angle, quelques représentants de la presse avaient pris place, et, parmi eux, celui qui écrit ces lignes.

Le couvercle du cercueil enlevé, on trouva le corps enveloppé de gaze et teinté de rouge, par l'effet des sels arsenicaux dont on l'avait saupoudré, aussitôt retrouvé à Insendula.

Dix-sept blessures hachaient le côté droit, le ventre était ouvert, la poitrine crevée, une sagaie zouloue avait déchiré la gorge, une autre percé les deux joues, une javeline, enfin, pénétrant sous l'œil, l'avait chassé de son orbite.

Impossible par conséquent de déterminer si, oui ou non, l'on se trouvait là en présence du corps de Louis-Eugène-Napoléon.

Le savant docteur Evans, qui avait soigné les dents du prince, avait été convoqué à cette reconnaissance du cadavre.

Tirant de sa poche une carte sur laquelle étaient dessinés, vus en place, les deux maxillaires du prince, il prit la parole :

« Messieurs, j'avais, avant son départ, aurifié sept des dents de

Son Altesse impériale. Voici la figure schématique de sa bouche. Si les aurifications qui sont indiquées ici concordent avec celles que nous reconnaîtrons sur le cadavre, le doute ne sera plus possible. C'est bien en présence de la dépouille mortelle du Prince impérial que nous nous trouverons. »

S'armant d'une spatule, il desserra les mâchoires du mort : les sept aurifications désignées par lui se trouvaient à la place indiquée. Alors cent un coups de canon tonnèrent le glas des princes.

Ce procédé, on se le rappelle, a été employé de nouveau lorsqu'il fallut, parmi un monceau de chaires calcinées, reconnaître les victimes de l'incendie du Bazar de la Charité.

Je ne désire certes pas — je souhaite même le contraire de tout cœur — qu'aucun de ceux qui me lisent soit jamais obligé de recourir pour les siens à de si cruels procédés de reconnaissance. On se souviendra néanmoins que les soins donnés à la bouche ont leur utilité — même après la mort.

JEAN LÉDILE.

(La mère et l'enfant.)



NOUVELLES

Le lundi 3 octobre a été célébré, en l'église Saint-Michel des Batignolles, le mariage de Mlle Jeanne Bouvin avec M. Emile Borme.

Mlle J. Bouvin est la fille aînée de Charles Bouvin, un des cinq qui prirent l'initiative de la fondation du Cercle des dentistes, d'où est sortie l'Ecole dentaire de Paris. De ces cinq, trois seulement survivent : Claser, Godon et Viau.

Charles Bouvin était un sympathique dans l'entière acception du mot, un de ceux dont le souvenir reste éternellement vivant dans les cœurs amis ; aussi plusieurs de nos confrères assistaient ou étaient représentés à cette cérémonie.

Notons, entre autres, M. Debray père, membre honoraire du Conseil de direction de l'Ecole dentaire, M. Richard-Chauvin, Mme Deschaux, la femme de notre distingué confrère, etc., etc.

Le Conseil de l'Ecole qui, on le voit, était représenté ne saurait laisser passer cet heureux événement sans adresser à la famille de notre ami toujours regretté, avec le témoignage de sa sympathie, ses plus sincères félicitations.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 29 mars 1898.

Présidence de M. Godon, président, puis de M. Viau, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Lemerle, Martinier, de Marion, Maire, Papot, Prével, Stévenin.

Sur la demande de *M. Martinier*, la lecture du procès-verbal est ajournée à la prochaine réunion.

M. Godon prononce une allocution.

L'ordre du jour suivant, déposé par *M. Martinier*, est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

« Le Conseil, approuvant les idées de politique générale exprimées par son président, décide la publication de son allocution dans le prochain numéro de *L'Odontologie*. »

M. Martinier rend compte des affaires traitées depuis le 8 mars. Il donne lecture d'une lettre de la Société des dentistes du Sud-Est relative au Congrès de Marseille.

Après une discussion à laquelle prennent part *MM. Godon, Lemerle, Martinier, Stévenin, d'Argent, de Marion* et *Papot*, il est voté, sur la proposition de *M. Godon*, un crédit de 300 francs pour l'envoi de délégués par l'Ecole à ce Congrès et le vœu est émis que *L'Odontologie* vote 200 francs et l'Association générale 100 francs pour le même objet.

M. Martinier lit une lettre par laquelle M. Legret donne sa démission de membre du Conseil.

M. Godon est chargé de faire une démarche auprès de ce dernier avant qu'il soit statué, à la prochaine séance.

M. Martinier communique une lettre de la maison Kœlliker, qui offre un appareil à l'Ecole.

Des remerciments sont adressés au donateur.

M. Martinier fait part d'une lettre par laquelle M. Mahé donne sa démission de membre du corps enseignant. — Cette démission est acceptée.

M. Godon communique une lettre de M. Bonnard, tendant à l'allocation d'un crédit supplémentaire pour la continuation des travaux en cours à la bibliothèque.

Après observations de *MM. Bonnard, Stévenin* et *d'Argent*, une proposition de ce dernier tendant à ce que, pour 1899, le crédit de la bibliothèque soit limité à 500 francs est prise en considération, et il est voté une somme supplémentaire de 120 francs à dépenser à dater du 17 mars 1898.

M. d'Argent lit une lettre de M. X., qui, obligé de quitter l'Ecole, demande le remboursement des trimestres non échus de l'année en cours. Il fait connaître que l'on ne peut qu'offrir au postulant, conformément au règlement, de reporter ces droits sur une année ultérieure. — Adopté.

M. Viau remplace M. Godon au fauteuil.

La demande d'admission dans la Société de M. Barbacci, présentée par *M. Papot*, est renvoyée au Conseil de famille.

Abordant la question des chefs de clinique, le Conseil décide, sur l'avis de *M. Lemerle*, formulé au nom de la Commission d'enseignement, après observations de *MM. Bonnard* et de *Marion* et sur la proposition de *M. Martinier*, d'annoncer dans le prochain numéro de *L'Odontologie* qu'il sera ouvert un concours pour 3 postes de chef de clinique et que le programme en sera publié ultérieurement.

Une double proposition de *MM. Lemerle* et *Martinier*, tendant à la création d'une année d'élèves irréguliers, destinée aux docteurs en médecine, aux étrangers, etc., avec un enseignement tout spécial, est renvoyée, avec avis favorable, à la Commission d'enseignement.

Diverses observations sont échangées au sujet du service de prothèse entre *MM. Lemerle, Martinier* et *Papot*.

M. Martinier fait connaître la composition des commissions.

Sur la proposition de *M. Papot*, M. Laroulandie est admis comme élève libre en 3e année, et M. Rokolowitch, comme élève irrégulier, en 1re année.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le Secrétaire général, P. MARTINIER.

Séance du 17 mai 1898.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. d'Argent, Lemerle, Löwenthal, Maire, de Marion, Martinier, Papot, Prével, Richard-Chauvin, Sauvez, Stévenin.

MM. Viau et Bonnard s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal de la séance du 8 mars.

M. de Marion fait observer qu'il s'est engagé à faire le service de clinique le dimanche *jusqu'au prochain concours.*

Sous le bénéfice de l'observation formulée par M. de Marion, le procès-verbal du 8 mars est mis aux voix et adopté.

M. Sauvez donne ensuite lecture du procès-verbal du 29 mars, qui est mis aux voix et adopté.

M. Godon communique une lettre de *M. Bonnard*, signalant l'acquisition pour le musée d'instruments anciens lors de la vente du Dr David.

Après observations de *MM. Lemerle* et *Godon*, des remerciements sont votés à M. Bonnard pour son intervention dans cette circonstance.

M. Godon communique une pétition des élèves de 3e année relative à la délivrance de la 12e inscription.

Des observations sont présentées par *MM. Sauvez, Richard-Chauvin, Lemerle, Godon* et *de Marion.*

Il est décidé que le bureau étudiera cette pétition conjointement avec la Commission d'enseignement, la soumettra à l'Académie, en fera part à l'École Odontotechnique et déposera un rapport sur la question à une séance ultérieure.

M. Godon annonce que MM. Lemerle, Richard-Chauvin et Papot se rendront au Congrès de Marseille comme délégués du groupe et donne lecture de la réponse qu'il a adressée au secrétaire de ce congrès pour l'en informer.

Il annonce également que le Dr Floquet fait don à la bibliothèque d'un exemplaire de son ouvrage *Code des honoraires médicaux.*

Il annonce aussi que l'École a obtenu à l'Exposition de Bruxelles un diplôme de mention honorable.

Il fait part du décès de Mme Thomas, veuve du Dr Louis-Thomas. Une couronne a été offerte par l'École et des condoléances ont été adressées à la famille.

Il informe le Conseil que le bureau a autorisé M. Mendel Joseph à faire des démonstrations d'histologie le vendredi soir de 5 heures à 6 heures et communique une lettre de ce dernier sur le fonctionnement de ces démonstrations et sur la nomination d'un aide-préparateur.

M. Pourquié est nommé aide-préparateur d'histologie, et M. Pélissier est nommé aide-préparateur de M. Grimbert.

Sur la demande de *M. Martinier*, le Conseil ratifie la punition de 15 jours d'exclusion de l'École et d'ajournement aux examens d'octobre, prononcée contre un élève ayant imité la signature des professeurs sur son carnet de clinique, et décide l'affichage de ces mesures disciplinaires.

M. Martinier donne lecture d'une circulaire adressée aux démonstrateurs relativement aux notes attribuées aux élèves.

Diverses observations sont formulées par *MM. Stévenin, Godon* et *Martinier.*

M. Sauvez fait connaître l'organisation du service de la correspondance et dépose les minutes des lettres écrites par le secrétariat-adjoint depuis la dernière réunion du Conseil, au nombre de 47.

Sur la demande de *M. Stévenin*, M. Barbacci est admis comme membre de la Société.

M. Papot fait part de la démission de M. Dupuy, de Pau. — Acceptée.

Il annonce le décès de M. Flamens et propose l'admission de M. Hugot, présentée par MM. Barrié et Ronnet (admission prononcée).

M. d'Argent fait connaître que M. Richard-Chauvin abandonne au profit de l'École un trimestre de son allocation annuelle de professeur. Des remerciements sont votés à M. Chauvin, après remarques de *MM. Godon* et *d'Argent.*

M. d'Argent lit et dépose le rapport remis à la Commission du local par le Conseil technique sur la réception provisoire des travaux.

Ce rapport est adopté après observations de *MM. Godon* et *d'Argent*, et des remerciements sont votés à MM. Huguet, Monjauze et Raban, membres de ce Conseil.

M. Papot donne lecture, au nom de la Commission scolaire, d'un rapport sur le règlement des examens.

Ce règlement est adopté après une observation de *M. Lemerle.*

M. Papot donne lecture d'une lettre relative aux examens de prothèse du jeudi.

Après observations de *MM. Martinier, Papot, Richard-Chauvin* et *Godon*, il est décidé que les examens de prothèse auront lieu le jeudi après-midi pour le groupe d'élèves suivant la clinique de l'hôpital Beaujon.

Sur la proposition de *M. Papot*,

M. Rosenstein est admis en 3e année comme élève irrégulier.

M. Breger — — — — — — —

Mlle Hirschfeld — admise — 1re — — irrégulière.

M. Tracaris — admis — 3e — — irrégulier à titre étranger.

Après observations de *MM. Godon, Richard-Chauvin* et *Sauvez*, la question des carnets de clinique est renvoyée à une séance ultérieure.

Le programme du concours des chefs de clinique est adopté et la date de ce concours est fixée du 15 au 25 juillet 1898.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général, P. MARTINIER.

DERNIÈRE HEURE

MM. Damain, d'Argent, Ducournau, Godon, H. Lee, Martinier, Dr Queudot, Ronnet, Siffre, Stévenin, Viau et Dr Viron, délégués de l'École dentaire de Paris, de l'Ecole odontotechnique, de l'Association générale des dentistes de France, de l'Association odontotechnique, du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et du Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892, ont été reçus le vendredi 7 octobre, à 10 heures du matin, par M. le Ministre de l'instruction publique, auquel ils ont été présentés par M. Mesureur, député.

Ils ont remis au ministre, au nom de ces six Ecoles ou Sociétés, une pétition que nous publierons dans un prochain numéro.

M. Bourgeois a assuré les délégués de sa sympathie à l'égard des écoles dentaires et leur a promis que leur requête serait examinée avec bienveillance et avec le désir d'y donner satisfaction.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900.

L'Association dentaire nationale américaine, réunie à l'issue de son premier congrès annuel, tenu à Omaha, le 30 août dernier, a nommé un comité de 19 membres pour organiser la participation de la profession au Congrès de Paris de 1900.

Ce comité est ainsi composé :

MM. A. W. Harlan, Chicago ; A. H. Fuller, St. Louis ; H. J. McKellops, St. Louis ; J. Taft, Cincinnati ; H. A. Smith, Cincinnati ; W. W. Walker, New-York ; James McManus, Hartford ; W. C. Barrett, Buffalo ; T. W. Brophy, Chicago ; B. Holly Tmith, Baltimore ; W. E. Griswold, Denver ; C. L. Goddard, San Francisco ; L. L. Dunbar, San Francisco ; H. W. Morgan, Nashville ; Frank Holland, Atlanta ; E. C. Kirk, Philadelphia ; J. D. Patterson, Kansas City ; Thos. Fillebrown, Boston ; Thomas E. Weeks, Minneapolis.

Nous sommes très heureux de cette décision.

18e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro contient en supplément, une planche Hors texte, tirée en deux couleurs.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

PÉTITION ADRESSÉE A M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

PAR

L'Ecole dentaire de Paris, l'Ecole odontotechnique, l'Association générale des dentistes de France, l'Association odontotechnique de France, le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et le Syndicat des dentistes patentés avant 1892.

Monsieur le Ministre,

Nous soussignés, délégués par les Ecoles et Sociétés professionnelles dont la liste se trouve ci-dessus, représentant la majorité des dentistes de France, avons l'honneur d'appeler votre bienveillante attention sur les conditions dans lesquelles la loi du 30 novembre 1892 et les décrets sur l'exercice de la médecine sont appliqués actuellement en ce qui concerne l'art dentaire et particulièrement le troisième examen pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

En juillet 1894, à la 1re session d'examens pour l'obtention de ce diplôme, il avait été choisi comme examinateurs pour le 3e examen (épreuves techniques), sur la désignation de nos Sociétés, des dentistes et des chirurgiens-dentistes, présidents, directeurs et professeurs des écoles dentaires.

De plus, cet examen fut subi dans ces écoles, mises à la disposition de la Faculté.

A la session suivante, en 1895, et à toutes les sessions ultérieures, il n'a plus été procédé ainsi : les fonctions d'examinateurs ont été confiées exclusivement aux docteurs en médecine chargés des services dentaires dans les hôpitaux, et c'est dans les locaux de ces services que les épreuves du troisième examen ont été passées, malgré les diverses réclamations de nos Sociétés.

Cette ligne de conduite nouvelle a été basée sur l'article de la loi du 18 mars 1880 sur l'enseignement supérieur libre supprimant les jurys mixtes créés par la loi de 1875, article qui, disait-on, s'appliquerait aux jurys dentaires tels qu'ils avaient été constitués en 1894.

Cette application, monsieur le Ministre, ne nous a jamais paru justifiée. Les écoles dentaires étaient, il est vrai, considérées par l'Académie de Paris, depuis leur fondation (1880, 1883), comme des établissements d'enseignement supérieur libre régis par les lois de 1875 et de 1880 (*Voir à la Sorbonne la déclaration d'ouverture du 20 octobre 1880 et les rapports annuels des inspecteurs d'Académie*). Elles auraient dû, de ce fait, au moment de la constitution des jurys du 3e examen en 1894, tomber sous le coup de l'article de loi supprimant les jurys mixtes ; de sorte que, si l'interprétation de l'Administration en 1895 était admise, les examens de 1894 devraient être annulés comme entachés d'illégalité. Mais, de l'esprit comme du texte des lois de 1875 et de 1880 il résulte que les jurys dentaires de 1894 ne pouvaient véritablement pas être considérés comme des jurys mixtes au sens que ces deux lois y attachent, puisque parmi les six dentistes, trois seulement étaient professeurs (MM. Ducournau, Godon et Poinsot), les trois autres (MM. Lecaudey, Damain et Crignier) étaient, le premier, directeur honoraire, le second, directeur d'une des écoles, et le troisième président d'une des sociétés et que cinq d'entre eux ne possédaient pas le diplôme de docteur. Ils avaient donc pu, sans constituer un jury mixte, être nommés par

l'Administration, non comme professeurs, mais comme dentistes conformément à la loi de 1892 et au paragraphe 2 de l'article 4 du décret du 25 juillet 1893 ainsi conçu :

Peuvent faire partie du jury, des chirurgiens-dentistes et, par mesure transitoire, des dentistes désignés par le Ministre de l'Instruction publique.

En vain voudrait-on invoquer, pour justifier l'interprétation que nous combattons, le décret du 31 décembre 1894, car ce décret n'a nullement modifié la situation légale existante. Il se borne à préciser les conditions dans lesquelles les établissements d'enseignement dentaire seraient admis à délivrer des inscriptions valables pour les examens en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. Les membres du corps enseignant des écoles sus-mentionnées pouvaient donc aussi valablement être examinateurs en 1895, au même titre qu'ils l'avaient été en 1894.

C'est du reste dans cet esprit que les jurys sont constitués actuellement à l'Académie de Bordeaux, comme nous l'indiquons plus loin.

Si l'article de la loi du 18 mars 1880 sur la suppression des jurys mixtes ne peut être invoqué, on cherche vainement les motifs qui ont pu inspirer la mesure dont nous nous plaignons. On ne saurait les trouver davantage dans la situation morale ou matérielle des écoles qui n'avaient cessé d'être en progrès constant depuis la promulgation de la loi et surtout depuis le vote de l'amendement des honorables MM. Brisson, Chautemps et Mesureur (*rapport Bastid*), déclarant qu'il n'y avait pas lieu de créer un enseignement dentaire d'Etat en présence de l'enseignement libre existant.

Dans tous les cas, quels que puissent être ces motifs, on ne saurait contester que cette mesure a eu les conséquences les plus fâcheuses au point de vue de la bonne application de la loi et qu'elle a produit des difficultés et des conflits, dont les échos ont retenti dans la presse et dans les Sociétés professionnelles, difficultés qui ont provoqué des vœux de la part des congrès dentaires nationaux de 1897 et 1898.

En effet, en confiant aux seuls *médecins stomatolo-*

gistes, qui s'étaient exclus volontairement du jury de 1894, par leur refus de figurer dans les jurys à égalité avec les dentistes comme le leur avait proposé M. le doyen de la Faculté, en leur confiant, disons-nous, l'application d'une loi qu'ils avaient combattue, et en les chargeant d'examiner les élèves des écoles dentaires, dont ils n'avaient cessé d'être les adversaires irréductibles, en vue de l'obtention d'un diplôme dont ils désapprouvaient la création, on a perpétué l'antagonisme qui existait avant le vote de la loi, antagonisme dont souffrent principalement ces élèves, parce qu'il s'est manifesté notamment en divergences importantes sur les programmes des examens. En confiant à des docteurs en médecine, dont quelques-uns se sont improvisés dentistes, sans qu'aucun examen spécial justifie de leur compétence en art dentaire, le soin d'apprécier les connaissances techniques des étudiants en dentisterie, on a diminué l'autorité des examinateurs et du troisième examen lui-même, qui n'est devenu ainsi qu'une reproduction incomplète du deuxième examen théorique, portant sur les maladies de la bouche et déjà subi par les candidats devant les professeurs de la Faculté de médecine ; enfin, en faisant passer les dits examens dans les salles réservées aux consultations et aux extractions dentaires dans les hôpitaux, on a été conduit, en raison de l'exiguïté et de l'installation tout à fait rudimentaire de ces locaux, à limiter le plus souvent dans une petite salle, presque toujours fermée au public, les nombreuses épreuves pratiques que comportent la dentisterie opératoire et la prothèse à des épreuves insuffisantes (*un simple examen et une extraction*), contrairement aux vœux des directeurs des écoles dentaires et de tous les praticiens les plus autorisés et contrairement aux usages établis dans toutes les écoles françaises et étrangères.

A ces divers inconvénients s'est ajoutée dans l'esprit du public, par suite de cette mesure, une présomption d'hostilité de la part de l'Administration supérieure à l'égard des écoles dentaires, hostilité qui serait d'autant moins justifiée que ces établissements, purement philanthropiques, assurent

gratuitement un service public d'enseignement supérieur qui, si ces établissements n'existaient pas, serait tout entier à la charge de l'Etat, service pour lequel ils ne reçoivent cependant aucune subvention du Ministère de l'Instruction publique.

Aussi, après une expérience de quatre années et en considérant la situation actuelle, toutes les sociétés dentaires françaises soussignées sont-elles d'accord pour demander le retour à l'organisation de 1894 pour le troisième examen de chirurgien-dentiste à Paris.

D'ailleurs, ce que nous demandons, monsieur le Ministre, se fait déjà à Bordeaux, où le troisième examen se subit dans le local de l'Ecole dentaire, devant un jury composé de chirurgiens-dentistes et de docteurs en médecine dentistes, professeurs ou non dans cette école, comme cela eut lieu à Paris en 1894 [1].

La loi étant une, son application doit être uniforme, et il ne saurait y avoir de différence dans cette application sur les divers parties de la France. Ce qui est licite à Bordeaux doit l'être également à Paris.

En résumé, en présence des inconvénients qui résultent pour nos élèves, pour nos écoles, pour la valeur de notre diplôme et pour l'avenir de notre art, de l'application actuelle de la loi qui nous régit, nous avons l'honneur de vous demander :

---

1. Voir *Archives nationales de stomatologie et d'art dentaire*, organe de l'Ecole dentaire de Bordeaux, n° 32, août 1898, pages 122 et 123.

Les jurys du 3e examen étaient ainsi composés :

1er *jury*: MM. Masse, professeur à la Faculté de médecine.
Dunogier, docteur médecin.
Dumora, chirurgien-dentiste, professeur à l'Ecole dentaire de Bordeaux.

2e *jury*: MM. Boursier, professeur à la Faculté.
Dr Guénard, président de la Société des dentistes du Sud-Ouest.
Seigle aîné, professeur à l'Ecole dentaire de Bordeaux.

3e *jury*: MM. Piéchaud, professeur à la Faculté.
Rolland, directeur à l'Ecole dentaire de Bordeaux.
Brugeille, professeur à l'Ecole dentaire de Bordeaux.

1° *Que les examinateurs pour le troisième examen soient choisis, sur une liste présentée par les Sociétés et écoles professionnelles, parmi les chirurgiens-dentistes et, par mesure transitoire, parmi les dentistes, professeurs ou non dans les écoles dentaires, comme l'indique le décret du 25 juillet 1893, ainsi que cela s'est fait à Paris en 1894 et ainsi que cela se fait actuellement à Bordeaux ;*

2° *Que le troisième examen pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste soit subi à l'avenir dans les écoles dentaires, ainsi que cela s'est fait à Paris en 1894, et ainsi que cela se fait actuellement à Bordeaux ;*

3° *Que les épreuves du troisième examen soient complétées par des épreuves sur les différentes parties de la dentisterie opératoire et de la prothèse dentaire.*

Connaissant les sentiments de bienveillance et de sympathie que vous avez souvent témoignés à l'égard de ces écoles et confiant dans votre grand libéralisme envers les sociétés professionnelles, nous espérons, monsieur le Ministre, que vous voudrez bien faire droit aux demandes que nous formulons et nous vous prions d'agréer l'hommage de nos sentiments respectueux.

Pour l'Ecole odontotechnique de France,
le Directeur,
Signé : DAMAIN.
Dr VIRON.

Pour l'Association odontotechnique de France,
le Président,
Signé : F. DUCOURNAU.
H. LEE.

Pour le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France,
le Président,
Signé : RONNET.
le Vice-Président,
STÉVENIN.

Pour l'Ecole dentaire de Paris,
le Président-Directeur,
Signé : CH. GODON.
l'un des Vice-Présidents,
G. VIAU.

Pour l'Association générale des dentistes de France,
le Président,
Signé : P. MARTINIER.
l'un des Vice Présidents,
D'ARGENT.

Pour le Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892,
le Président,
Signé : Dr QUEUDOT.
SIFFRE.

Travaux Originaux

NOTES CLINIQUES

DU 3e AU 4e DEGRÉ

Par M. G. Gross,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Dans l'étude de la carie les auteurs n'insistent pas assez, à notre avis, sur la période qui s'écoule entre le moment où la pulpe dentaire est atteinte jusqu'à celui où elle est complètement mortifiée. La division est trop tranchée : d'un côté, la pulpite avec ses manifestations douloureuses ; de l'autre, l'infection radiculaire et ses complications de voisinage. A peine si la périodontite est signalée dans le cours de la pulpite suraiguë, et ce n'est qu'à titre d'épiphénomène. En pratique il n'en est pas toujours ainsi : la pulpe met parfois longtemps à se mortifier, et il existe des *cas mixtes* qui, par leurs symptômes contradictoires, peuvent dérouter un praticien non prévenu.

Ce sont ces cas spéciaux que nous voudrions signaler en quelques lignes.

1er cas. *Pulpites avec périodontites secondaires.* — On trouve ces cas surtout en clientèle, chez les malades qui font souvent visiter et soigner leurs dents, sous une obturation plastique de préférence, ou bien encore chez les sujets atteints de pyorrhée alvéolaire. Ils paraissent affectionner les dents non ouvertes. C'est d'abord un 3e *degré insidieux ;* à peine une légère sensation d'agacement, d'intolérance à la chaleur ; à la percussion il y a un peu de sensibilité, mais très peu ; le son est un peu plus sourd. Puis, un beau jour, parfois très longtemps après l'apparition de ces premiers symptômes, le malade vient nous trouver ; il souffre beaucoup et présente tous les signes d'une périostite intense au début : mobilité excessive avec allongement de la dent, sensibilité au moindre attouchement, tuméfaction de la

région avoisinante et parfois abcès gingival ou palatin (nous en avons vu trois cas). C'esté videmment un 4e degré; il n'y a qu'à trépaner la dent, afin de pouvoir la soigner. On prend un excellent foret bien affilé et on trépane hardiment, — tout à coup l'instrument s'enfonce, le malade pousse un cri de douleur, et l'on retire le trépan rouge de sang. On est tombé sur un de ces cas mixtes dont nous venons de parler.

Une mèche enfoncée dans la direction du canal produit une vive douleur et revient imprégnée de cette odeur nauséabonde caractéristique du 4e degré. Toutefois, cette odeur peut manquer ou être très peu accusée. On place un pansement arsenical et, à la séance suivante, on retire un nerf parfois très congestionné, le plus souvent blanc grisâtre et exhalant alors une odeur repoussante.

Dans ce cas l'infection s'est communiquée au périodonte avant que la pulpe soit complètement mortifiée.

2e cas. *Périodontite primitive et pulpite secondaire. 3e degré d'une racine et 4e d'une autre.* — Dans ce second cas le processus morbide ne suit pas la même marche, mais les symptômes sont les mêmes. Ce cas ne s'observe que sur les dents multiradiculaires, sur les dents atteintes de gingivite expulsive ou encore sur les dents largement ouvertes.

On ouvre ou l'on nettoie une dent malade et on provoque une sensibilité parfois très vive. En examinant de plus près, on voit que, dans une des racines, la palatine, par exemple, la pulpe dentaire est complètement mortifiée, tandis que dans les racines externes les nerfs sont bien vivants et réagissent à la moindre excitation.

Dans ce cas la marche de l'infection est facile à suivre : sur une dent multiradiculaire, atteinte de pyorrhée alvéolaire, une des racines s'est trouvée atteinte jusqu'à l'apex; l'infection est partie du périodonte pour atteindre le centre de la pulpe; mais les autres racines, moins atteintes, ont résisté.

Dans d'autres cas, sur des dents à périoste sain, large-

ment cariées, la maladie semble avoir éprouvé un temps d'arrêt ; la mortification est limitée à une des racines, les autres gardent leur filet nerveux.

Cette persistance de la vitalité dans une des racines ne doit pas nous étonner, et elle est très grande chez certains sujets ; nous en avons rencontré, entr'autres, un cas très probant chez un jeune homme. Ce malade, à qui nous avons soigné une quinzaine de dents très atteintes, dont sept ou huit racines, n'avait pas un seul quatrième degré franc ; nous avons dû enlever les nerfs à toutes les racines.

*
* *

Dans ces cas mixtes, pulpites avec symptômes de périodontite prédominants, quels sont donc les signes qui peuvent nous avertir que nous faisons fausse route et nous inviter à aborder prudemment la dent en cause ? Le diagnostic est très délicat ; nous ne connaissons guère qu'un symptôme sur lequel on puisse tabler et que nous n'avons jamais jusqu'ici trouvé en défaut ; nous dirons presque qu'il est pathognomonique : c'est cette irradiation douloureuse, cette propagation de la douleur que le malade a soin de nous signaler : « Il a, nous dit-il, *des névralgies.* » Et du doigt il montre le trajet de la douleur : au maxillaire supérieur, la partie inférieure de l'os malaire et l'arcade zygomatique, la région temporo-frontale ; au maxillaire inférieur, le trajet du nerf dentaire inférieur. Il insiste surtout sur la douleur derrière l'oreille qui manque rarement.

Dans la périodontite franche ce symptôme n'existe pas ; le malade a une douleur bien localisée, du moins au début, au-dessus de la dent malade, une sensation de tension en ce point ; il n'a pas d'irradiation douloureuse.

Dès qu'un malade signale ce symptôme, quels que soient les signes de périodontite, il faut avancer prudemment, de crainte de trouver un nerf vivant et de produire une douleur inutile.

Voici trois observations de cas mixtes types :

OBSERVATION I. — M. M... souffre d'une prémolaire supérieure.

Cette dent est isolée, atteinte de pyorrhée alvéolaire ; elle est déchaussée, très mobile, il semble qu'on pourrait l'enlever avec les doigts. Périodontite, mais peu intense. Carie du collet à la face antérieure. A première vue ce ne peut être qu'une dent complètement morte, prête à tomber ; mais le malade nous signale cette irradiation douloureuse dont nous venons de parler. En effet, à la palpation à la sonde nous trouvons un nerf vivant, que nous enlevons. La périostite disparaît et la dent est beaucoup consolidée.

Observation II. — Pulpite et abcès palatin. M. C... présente à la deuxième molaire supérieure droite, aurifiée depuis plusieurs années, des phénomènes de périodontite intense. La première molaire et la troisième manquent, la dent est complètement isolée ; il n'y a donc pas d'erreur possible. Un abcès palatin de la grosseur d'une noisette s'est formé en un point correspondant à l'apex de la racine palatine. Nous l'ouvrons au cautère, il s'en échappe environ 1 gramme de pus. Mais le malade nous signale surtout une douleur très vive dans l'oreille droite, qui nous fait songer à la possibilité d'une pulpite avec infection périodontique secondaire. Et nous trouvons en effet un nerf infecté, douloureux au toucher, que nous enlevons après pansement arsenical.

Ce malade est curieux en ce sens qu'il a présenté ces mêmes phénomènes de périostite avec nerf vivant à deux de ses molaires inférieures.

Observation III. — Périodontite primitive. M. L... se plaint de douleurs du côté supérieur droit irradiées vers l'oreille.

La première molaire manque. La deuxième est fortement atteinte, du côté externe, de pyorrhée alvéolaire ; la gencive, sur ce point, est profondément décollée. Au côté interne, la racine palatine est peu atteinte, mais non déchaussée. La dent ne présente pas de carie. Périostite assez intense. Nous trépanons la dent, comptant trouver un nerf vivant, et nous tombons, en effet, sur un nerf palatin très vivant, très sensible ; les nerfs des racines externes ont disparu et les canaux sont profondément infectés.

*
* *

Ces trois observations, notamment la deuxième, sont typiques. Nous appelons l'attention de nos confrères sur ces cas mixtes et nous insistons surtout sur cette propagation de la douleur, qui est caractéristique du nerf atteint et peut faire affirmer, avant que le malade ouvre la bouche, l'existence, soit d'une pulpite aiguë franche, soit d'une pulpite avec infection périodontique plus ou moins intense.

DOCUMENTS CLINIQUES

Considérations sur le psoriasis lingual

(Résultats de 10 observations)

Par M. le Dr Georges Petit
Médecin adjoint de l'hôpital d'Ormesson.

Il importe de se rappeler que la leucoplasie bucco-linguale n'apparaît le plus souvent que chez les arthritiques, pour ne pas dire toujours, et que, de plus, elle s'accompagne de troubles généraux, qui passent en général inaperçus, car ils sont peu marqués. C'est exceptionnellement que le malade est obligé de garder le lit ; dans la majorité des cas, au contraire, il continue à s'occuper de ses affaires et ne se plaint de rien autre que d'une gêne locale causée par l'ulcération.

D'autres fois, par une observation attentive, on surprend chez le malade quelques troubles gastriques sur lesquels, d'ailleurs, il n'attire pas l'attention, les considérant comme sans importance et passagers. Dans ce cas, les signes les plus fréquents sont l'éructation, la diminution de l'appétit, la céphalalgie, la paresse de la digestion, un peu de diarrhée ou de constipation.

Mais le malade se contente de consulter son dentiste, qui ne peut s'occuper des symptômes généraux et dont l'intervention se borne à instituer un traitement local. La maladie continue à progresser. Heureux les cas où, dans ces conditions, elle reste stationnaire.

C'est dans des circonstances analogues que j'ai pu, ces quelques années, observer dix cas de psoriasis lingual ; presque tous m'ont été envoyés par un dentiste, que la longueur de l'affection commençait à décourager ou à inquiéter.

La première idée qui devait venir à l'esprit était de rechercher dans l'état général du sujet la cause de l'impuissance du traitement local.

Ne voulant pas refaire ici l'historique de l'étiologie et de la pathogénie des leucokératoses, je me contenterai de faire remarquer que les causes les plus généralement citées par les auteurs m'ont semblé n'être que des causes déterminantes. Certes, leur action, dans ce sens, est indiscutable ; j'en ai eu la preuve pour l'une d'elles : l'*abus du tabac* dans deux observations toutes récentes ; le mal céda au traitement après la suppression absolue du tabac.

Mais, à côté de ces causes que je considère comme simplement occasionnelles, il faut placer les causes prédisposantes. A cet égard, la notion d'âge m'a semblé devoir être un indice important ; la leucoplasie n'apparaît en effet que de trente à cinquante ans chez des sujets vigoureux, les hommes de préférence.

Or, cette notion étiologique correspond exactement à ce qui se

passe pour la diathèse arthritique dont les principales manifestations se montrent le plus souvent à cette période de la vie.

Pour ma part, j'ajouterai que tous les malades que j'ai observés étaient des arthritiques. Bien plus, chez l'un d'eux, l'affection, qui durait depuis seize mois, disparut au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Il faut donc être bien pénétré de ce fait que la leucoplasie buccolinguale n'est pas une entité morbide nettement définie ; mais, au contraire, qu'elle est une manifestation locale d'un état général.

La leucoplasie s'accompagne quelquefois de symptômes dyspeptiques qui peuvent devenir révélateurs : sur dix cas j'ai rencontré sept fois la dilatation de l'estomac. Cette découverte fut souvent une surprise pour le malade lui-même qui ne se doutait pas que son estomac pût être malade.

Comme je l'ai dit plus haut, la leucoplasie ne s'accompagne pas, dans la majorité des cas et quoi qu'en disent les auteurs, de symptômes généraux assez marqués pour attirer l'attention des observateurs. Dans les cas où ces signes font défaut, c'est à l'urologie qu'il faut s'adresser. L'analyse décèlera toujours une urine à densité élevée, à hyperacidité très marquée et très persistante.

Deux fois sur dix observations j'ai vu une légère glycosurie transitoire, ne s'accompagnant d'ailleurs d'aucun autre symptôme susceptible de faire penser au diabète.

On voit tout de suite le parti qu'il faut tirer de ces connaissances étiologiques : celui de l'indication systématique d'un traitement général. Ce traitement général devra être institué d'autant plus tôt et continué d'autant plus longtemps que le pronostic de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcération devra toujours être présent à l'esprit. En revanche, ce pronostic se trouvera forcément amoindri, d'une part, par la guérison de la lésion épithéliale, de l'autre par l'amélioraton de l'état général.



4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

DES LÉSIONS DES DENTS ET DE LA MUQUEUSE GINGIVALE DANS LES DIVERSES DIATHÈSES

Rapport présenté par le Docteur Julien Tellier,
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon,
Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

(Suite)

V

Rachitisme. — Pour en terminer avec les lésions de la région gingivo-dentaire dans les diverses diathèses, il ne nous reste plus qu'à décrire les manifestations du rachitisme et de la syphilis. Cette description pourrait être faite dans un même chapitre; les phénomènes pathologiques dentaires que l'on observe dans ces deux maladies offrent de telles ressemblances que l'on serait parfaitement autorisé à n'en pas scinder l'étude. Nous n'en avons cependant rien fait; outre qu'en agissant ainsi nous aurions l'air de trancher des questions de doctrine toujours discutées, nous croyons qu'il y a tout avantage, au point de vue de la clarté de l'exposition des faits, à examiner successivement l'état de nos connaissances sur la pathologie des dents chez les rachitiques et les syphilitiques, quitte à nous exposer à des répétitions inévitables.

Le rachitisme est une maladie de l'enfance caractérisée par une nutrition et une évolution vicieuses des tissus qui concourent à l'ossification. Sans vouloir entrer dans la discussion de la pathogénie de cette affection, nous sommes cependant bien forcé d'en dire quelques mots. M. Bouchard en fait une maladie par ralentissement de la nutrition; ce qui constitue chez elle le trouble de la nutrition, c'est le défaut d'absorption du phosphate de chaux nécessaire à la formation des os; c'est, en un mot, un trouble de calcification des tissus osseux.

On sait, d'autre part, que Parrot a voulu établir que le rachitisme est toujours d'origine syphilitique, et si les arguments qu'il a invoqués ne sont pas tous irréfutables, il n'en est pas moins vrai qu'il y a des

rapports étroits et fréquents entre les deux maladies ; en tous cas, les hérédo-syphilitiques deviennent facilement rachitiques ; il y a souvent entre les deux diathèses une relation de cause à effet, relation qui n'est pas toujours directe et spécifique, comme le voulait Parrot, mais indirecte, comme l'admet Fournier, c'est-à-dire que le rachitisme est une conséquence du trouble de nutrition apporté dans l'organisme par la syphilis. On voit dès lors combien sera difficile la distinction des lésions dentaires dans les deux processus.

Quoi qu'il en soit, que la nutrition soit viciée par suite de la dyscrasie acide (Bouchard), de l'hérédo-syphilis, de l'existence d'une maladie générale quelconque, ou d'une alimentation insuffisante (Trousseau, Comby), ce vice de nutrition retentit d'une façon certaine sur les tissus de la région gingivo-dentaire et y produit les lésions que nous allons résumer. Pour catégorique qu'elle soit, cette affirmation n'en a pas moins été combattue. Georges Carpenter et R. Denison-Pedley ont systématiquement examiné 500 enfants rachitiques et sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Dans la grande majorité des cas, les dents sont d'une structure parfaite. Pas de défaut dans l'émail. Les dents ne deviennent pas chancelantes et ne tombent pas vite. Pas de disposition spéciale à la carie.

2° Dans les cas rares où les dents sont défectueuses, on a obtenu des indications de syphilis héréditaire.

3° La dentition est retardée sans conteste.

4° Il n'est pas prouvé que le rachitisme soit responsable de tous les accidents qu'on lui impute ; la concomitance du rachitisme et de la carie des dents, en tant que cause et effet, n'est qu'une supposition, et la carie ne se produit pas chez les enfants rachitiques au degré que les livres mentionnent.

Certes, il y a là un document de valeur, et il n'est pas possible de nier certains des faits signalés par Carpenter et Denison-Pedley : en particulier, il est très fréquent de voir de très belles dents chez les rachitiques, c'est indiscutable. Mais, d'autre part, il n'est pas exact de dire que les rachitiques qui ont des dents défectueuses sont tous des hérédo-syphilitiques. Horand et Edmond Blanc l'ont suffisamment prouvé par l'examen d'un nombre également considérable d'enfants, et j'ai pu le constater bien souvent depuis que mon attention a été attirée sur ce point, à l'époque déjà lointaine où j'étais élève dans le service de M. Horand, à l'Antiquaille.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur le rachitisme admettent l'influence de cette maladie sur les tissus de la région gingivo-dentaire en dehors de toute relation avec la syphilis héréditaire ; ces lésions peuvent porter sur le mode d'éruption, l'implantation, la coloration, la structure anatomique, les moyens de fixité des dents ; la carie

dentaire, la gingivite, la pyorrhée alvéolaire sont observées chez les rachitiques.

Il est hors de doute que le rachitisme amène un retard plus ou moins considérable dans l'éruption des premières dents. Quand la maladie se développe avant le début de la dentition, l'éruption des dents les plus précoces est retardée jusqu'à douze, quinze mois et même plus. Le retard porte sur les dents qui ne sont pas encore sorties, si le rachitisme se développe alors que la dentition est déjà commencée ; la première dentition peut n'être terminée qu'à trois ans et même à trois ans et demi. Comby cite l'observation d'un garçon de vingt-six mois, rachitique à un degré très avancé — dont la première dent ne s'est montrée qu'à dix-huit mois — et n'ayant alors que deux dents.

Il serait intéressant d'étudier au microscope les lésions des germes dentaires sur les enfants qui meurent en pleine évolution de rachitisme ; je ne sache pas qu'on y ait encore songé, et ce serait certainement un problème intéressant à résoudre que la recherche des lésions des germes dentaires encore inclus dans la gencive, dans le cours d'une maladie où la nutrition est si profondément troublée. En dehors de tout document précis, du moins à notre connaissance, nous en sommes réduit à émettre des hypothèses sur l'existence de maladies du germe dentaire, qu'il est très vraisemblable d'admettre, à priori, étant donné les qualités ou plutôt les défectuosités qu'on observe sur les dents de certains rachitiques.

La présence des anomalies d'implantation est fréquemment notée dans le rachitisme, alors même que les dents sont saines et belles. Il ne s'agit plus ici d'une lésion portant sur la dent elle-même, mais de modes d'implantation vicieux qui sont dus aux modifications des maxillaires sous l'influence de la maladie de Glisson. — Les déformations des maxillaires ont été surtout étudiées par Fonssagrives et Fleischmann ; elles ont des conséquences importantes sur l'implantation des dents de la deuxième dentition. Pour Fonssagrives, il s'agit le plus souvent d'arrêt de développement des maxillaires, et le fait est surtout vrai pour le maxillaire supérieur. On sait qu'au contraire le maxillaire inférieur est parfois singulièrement développé chez les rachitiques, surtout en comparaison de la mâchoire supérieure ; il prend (Fleischmann) une forme polygonale, préjudiciable à la régularité de la deuxième dentition.

L'accord est loin d'être fait, au sujet de l'influence du rachitisme sur la structure anatomique des dents, leurs formes et apparences extérieures, les lésions de leurs tissus.

Nous avons dit, et on ne saurait assez le répéter, qu'un certain nombre d'enfants rachitiques ont de très belles dents. On est allé plus loin : on a prétendu que ces dents résistent mieux aux diverses

influences que l'on regarde comme susceptibles de produire la carie, ou tout au moins de la préparer. Quelqu'un a-t-il cherché, sur les dents saines et particulièrement blanches de certains rachitiques, à établir la proportion des matières organiques et inorganiques qui entrent dans leur composition ? A-t-on recherché si leur « coefficient de résistance », comme dit M. Galippe, est augmenté, si leur densité est différente de celle des dents normales ? Nous n'avons pu établir le fait.

La description des modifications de forme, de coloration, etc., lorsqu'elles existent, ne diffère pas sensiblement de celle que l'on peut faire dans la syphilis héréditaire; nous y reviendrons. Mais il nous faut discuter ici la question des rapports de l'érosion dentaire avec le rachitisme. L'érosion, dit Comby, est exceptionnelle chez les rachitiques ; venant d'un auteur si compétent sur le rachitisme, l'affirmation a bien sa valeur. D'autre part, M. Maire, dans une thèse récente, dit que, de toutes les causes qui peuvent déterminer l'érosion dentaire, le rachitisme est à coup sûr la plus fréquente. Une fois de plus (et combien de fois l'avons-nous constaté dans cette étude sur la pathologie dentaire dans les diathèses), Hippocrate dit oui, Galien dit non.

Pour Magitot, le rachitisme, peut bien déterminer des modifications de structure intime (?) de la dent, mais jamais l'érosion qu'il rattache, on le sait, à l'éclampsie infantile. Hutchinson et Parrot l'attribuent à la seule syphilis, et Panas au seul rachitisme. A la Société de Médecine interne de Berlin, Neumann a établi que le plus souvent les érosions s'observent chez les rachitiques, chez qui elles intéressent presque toujours la première molaire et se montrent en un point limité de la dent, tandis que l'érosion syphilitique congénitale se localise plutôt sur les incisives et intéresse la totalité de l'organe.

Pour répondre à une observation de R. Millon, qu'en examinant une série de rachitiques aux différents âges on ne trouve pas que les dents érodées sont plus fréquentes chez eux dans la masse ordinaire des individus, Maire fait avec raison remarquer que, « si l'on s'adresse à des enfants chez lesquels le rachitisme est en action, on n'observera pas d'érosion. En effet, au moment où cette maladie exerce son influence sur les membres en créant des déformations visibles, elle agit peut-être aussi sur les germes dentaires, troublant leur calcification ; mais ces dernières lésions sont cachées dans le maxillaire ; elles laisseront sur l'émail une trace indélébile, qui apparaîtra seulement aux yeux de l'observateur à l'époque où la dent fera éruption, alors que les déformations osseuses auront peut-être disparu. »

Nous croyons que les conclusions de M. Maire correspondent à la réalité : l'érosion est fréquemment d'origine rachitique. Mais existe-

t-il des particularités objectives qui permettent de rattacher telles érosions au rachitisme, et telles autres à d'autres influences constitutionnelles? Nous pensons qu'il y a ici encore matière à des recherches basées sur l'examen d'un grand nombre de faits.

Que savons-nous sur la vulnérabilité spéciale à la carie des dents des rachitiques? On observe, dit Comby, « une altération dans la qualité des dents qui les rend plus fragiles et plus exposées à la carie précoce. On voit alors des enfants perdre toutes leurs dents temporaires, et cela dès leur apparition; les dents sont malades dans leur germe, elles sortent noirâtres, fendillées, insuffisamment revêtues d'émail; au lieu de se développer normalement, elles tombent en poussière, et les racines seules persistent au milieu de gencives tuméfiées, fongueuses et saignantes ». M. Magitot affirme que les dents permanentes seraient moins volumineuses, plus pâles, plus fragiles, plus exposées à la carie et à la chute prématurée que dans les conditions physiologiques.

La pyorrhée alvéolaire a été notée dans le cours du rachitisme. Miller (de Berlin) a examiné à ce point de vue plus de 100 enfants en traitement à l'asile de Middelkerke (Belgique) et a observé quelques cas typiques de pyorrhée parmi eux (*ich machte unter anderen Beobachtungen diejenige, dass einige ganz exquisite Fälle von Pyorrhea alveolaris darunter waren*); il cite en particulier le fait d'un enfant de neuf ans et demi et d'une petite fille de quatre ans. Il est vrai que parmi ces enfants se trouvaient des scrofuleux, mais nous avons déjà dit que Miller se reprochait d'avoir exagéré l'action prédisposante de la scrofule, au point de vue de la périodontite expulsive. C'est donc au rachitisme qu'il en attribue surtout la cause dans les faits qu'il a observés, et il ajoute que c'est à tort que l'on considère la pyorrhée comme une affection caractéristique de l'âge avancé.

Ostéomalacie. — Nous ne parlerons de l'ostéomalacie que pour tâcher d'être complet. C'est une maladie générale, une diathèse si l'on veut, dont la cause est un vice de nutrition, qui consiste en une désassimilation des éléments de calcification; les os se décalcifient. La grossesse est la cause la plus fréquemment notée (50 0/0 des cas). On décrit dans l'ostéomalacie des lésions des gencives et de la pyorrhée alvéolaire, et l'on admet, un peu théoriquement, une diminution des sels calcaires qui entrent dans la composition des tissus dentaires. Le coefficient de résistance des dents peut donc être diminué, et celles-ci peuvent être plus vulnérables à la carie. Mais les lésions de la région gingivo-dentaire sont dans le cours de cette affection un épiphénomène dont l'importance est, somme toute, assez négligeable.

M. Michaëls a signalé dans l'ostéomalacie la cémentolyse (résorption radiculaire) et, au contraire, la production d'exostoses radiculaires très nettes.

Syphilis. — Il n'y a pas lieu, pensons-nous, de décrire dans cette étude les lésions de la région gingivo-dentaire dans la syphilis acquise. La syphilis est une maladie virulente; ce n'est pas une diathèse, mais elle crée chez l'individu qui en est porteur l'aptitude à *transmettre héréditairement* non pas la maladie elle-même, mais dans un terrain spécial un mode de nutrition défini et vicié, qui, lui, constitue une diathèse; elle crée le terrain parasyphilitique héréditaire, la diathèse syphilitique (Dr Fournier). De même qu'il y a un type d'arthritique héréditaire, le candidat à la goutte, et un type de lymphatique héréditaire, le candidat à la tuberculose, il existe un type de parasyphilitique héréditaire (Bailhache).

Nous laisserons donc de côté les diverses manifestations sur les gencives de la syphilis acquise, à ses diverses périodes. On sait qu'on y a observé le chancre induré, les plaques muqueuses, surtout au niveau de la sertissure des dents et lorsque les dents sont en mauvais état, et aussi des lésions tertiaires, mais rarement. Nous nous contenterons de rappeler qu'il y a dans la science un certain nombre de cas de syphilis transmise par les instruments employés en dentisterie, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur les conséquences pratiques qui s'imposent aux dentistes par suite de la possibilité de pareils faits de contagion.

Les seules lésions diathésiques que l'on peut rattacher à la syphilis sont celles que l'on rencontre dans l'hérédo-syphilis (diathèse parasyphilitique). Elles sont aujourd'hui bien connues; à leur étude se rattachent surtout les noms de Hutchinson, Parrot, Panas, Fournier; on les trouve bien résumées dans deux thèses récentes de la Faculté de Paris, de M. Fortin et de M. Maire, et un mémoire de M. Richard d'Aulnay dans L'*Odontologie* de 1894. Tous les auteurs récents ont surtout emprunté leurs descriptions au livre de M. Fournier sur les *Affections parasyphilitiques;* nous agirons de même, en résumant une leçon du savant professeur.

Il groupe les signes tirés de l'examen du système dentaire dans l'hérédo-syphilis en trois catégories: les signes d'anamnèse; les signes tirés de l'état des arcades dentaires; les signes de dystrophisme dentaire.

1° *Anamnèse.* — On note un retard plus ou moins considérable dans l'apparition des premières dents; elle s'est faite à un an, quinze mois, même au delà. Demarquay a vu un petit syphilitique de quatre ans, qui n'avait pas une seule dent. Lancereaux (cité par Richard d'Aulnay) parle d'un enfant de douze ans dont les incisives latérales et les canines étaient à peine sorties de leurs alvéoles.

2° *Etat des arcades dentaires.* — On a signalé l'engrenage vicieux des arcades (rares); — des arrêts de développement de l'arcade dentaire supérieure, plus courte en hauteur que de coutume; — des irré-

gularités d'implantation; — l'écartement singulier de certaines dents; — l'absence de certaines dents.

3° *Dystrophie dentaire.* — Les stigmates d'hérédo-syphilis rentrant dans cette catégorie sont de beaucoup les plus communément observés. Les modifications de structure et de forme qui peuvent résulter de ce trouble dystrophique ont pour expression la vulnérabilité dentaire, le microdontisme, l'amorphisme, les érosions.

a) *Vulnérabilité.* — La dent syphilitique est mal défendue par une couche d'émail insuffisante et présente une faible résistance dans l'union de l'ivoire (de Albertis Orazio).

b) *Microdontisme.* — Les dents restent petites, amoindries dans toutes leurs proportions. Elles sont *rabougries* (Fournier).

c) *Amorphisme.* — Les dents croissent informes ou mal formées.

d) *Erosions.* — L'érosion est caractérisée par une altération de la couronne des dents qui,au moment de l'éruption,apparaissent comme usées ou rongées sur un certain point de leur hauteur (Magitot). Mais la lésion n'est pas une usure; elle est due à une *non-formation* de la substance dentaire.

On décrit ordinairement des dystrophies coronaires et des dystrophies cuspidiennes.

On observe trois types d'érosions dans les dystrophies coronaires : l'érosion en cupule, l'érosion en sillon, la plus commune, et l'érosion en nappe, qui est rare.

Parmi les dystrophies cuspidiennes, les lésions diffèrent sur les molaires, les canines et les incisives.

La molaire de six ans est seule atteinte dans l'hérédo-syphilis ; son segment supérieur est amoindri, séparé du segment inférieur par une rigole circulaire. La surface de la dent est irrégulière, avec éminences rugueuses et anfractuosités plus ou moins profondes, au moins au début; plus tard les irrégularités disparaissent, la dent se termine par un plateau lisse.

Sur les canines, on note une atrophie qui en transforme l'extrémité en un tronçon exigu.

Au niveau des incisives, les lésions sont diverses: ce sont la dent en scie, l'amincissement du bord libre avec aplatissement antéro-postérieur, une lésion analogue à celle des canines, et enfin l'érosion en échancrure semi-lunaire, ou échancrure en croissant, ou encore échancrure en coup d'ongle.

Toutes ces lésions, dont nous ne pouvons donner qu'une énumération succincte, sont-elles toutes au même degré des manifestations de la syphilis héréditaire, et ne les rencontre-t-on que chez les hérédo-syphilitiques ? Pour M. Fournier, dont les conclusions sont aujourd'hui à peu près universellement adoptées, du moins en France, l'érosion en coup d'ongle, accompagnée parfois d'autres particularités

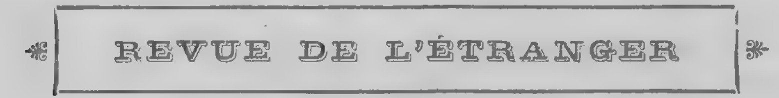
de forme, telles que la forme en tourne-vis et la direction oblique convergente,est la seule qui soit une présomption formelle, peut-être même un signe certain d'hérédité spécifique ; elle constitue la vraie dent d'Hutchinson. Il faut cependant ajouter qu'on a publié des observations d'individus porteurs de dents d'Hutchinson contractant la syphilis; il faudrait donc admettre la possibilité d'une réinfection, ce qui, dit Maire, est tout à fait en désaccord avec les idées actuelles. La remarque de Maire n'est cependant pas exacte ; les cas de réinfection syphilitique authentiquement démontrés sont aujourd'hui en nombre relativement assez considérable.

En ce qui concerne les autres formes d'érosions, M. Fournier enseigne que ce sont des lésions banales que peut réaliser n'importe quel trouble morbide survenu dans le plus jeune âge ; tout au plus, peut-on admettre que, de toutes les maladies susceptibles de produire ce trouble, la syphilis est celle qui agit le plus fréquemment.

Neumann (de Berlin) n'a observé la coïncidence des érosions avec d'autres lésions syphilitiques que dans un seul cas sur quarante-huit ; et sur cent dix-sept enfants présentant les mêmes érosions, trois seulement étaient des syphilitiques héréditaires.

Existe-t-il, dans l'apparence objective des érosions, des signes qu permettent de les rattacher, au point de vue de leur étiologie, soit à la syphilis, soit à toute autre maladie capable de les produire, au rachitisme par exemple ? Neumann, avons-nous dit, pense que l'érosion rachitique intéresse presque toujours la première molaire et se montre en un point limité de la dent, tandis que l'érosion syphilitique congénitale se localise plutôt sur les incisives et intéresse la localité de l'organe. Mais nous croyons que l'affirmation aurait besoin d'être contrôlée. Jusqu'à présent l'érosion reste nue, et, comme l'écrivait déjà Magitot, on peut dire encore que les diversités d'aspect paraissent uniquement résulter des variations dans l'époque de l'apparition de la cause et dans la durée de l'intervention de celle-ci.

(*A suivre*).



REVUE DE L'ÉTRANGER

LES NERFS ET LES VAISSEAUX SANGUINS DE LA PULPE DENTAIRE

Par M. H. H. Burchard, de Philadelphie.

Si l'on examine une dent d'adulte, plusieurs troncs artériels pénètrent dans l'apex : mais leur nombre diminue avec l'âge. Ces vaisseaux sont incontestablement des artères, car ils ont les 3 tuniques endo-

Nerfs et vaisseaux sanguins de la pulpe dentaire.

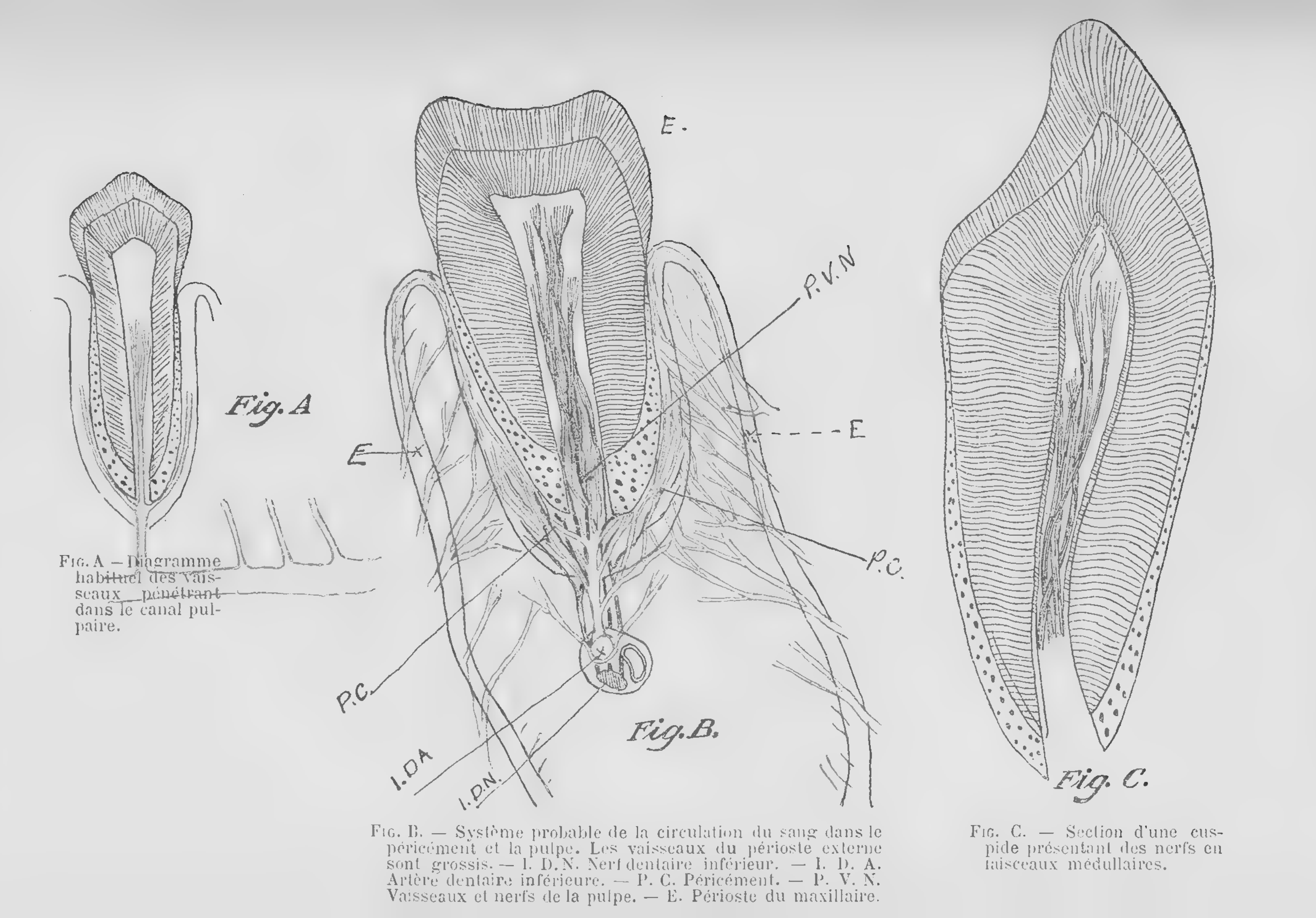


FIG. A — Diagramme habituel des vaisseaux pénétrant dans le canal pulpaire.

FIG. B. — Système probable de la circulation du sang dans le péricément et la pulpe. Les vaisseaux du périoste externe sont grossis. — I. D. N. Nerf dentaire inférieur. — I. D. A. Artère dentaire inférieure. — P. C. Péricément. — P. V. N. Vaisseaux et nerfs de la pulpe. — E. Périoste du maxillaire.

FIG. C. — Section d'une cuspide présentant des nerfs en faisceaux médullaires.



théliale, musculaire et adventice ; la seconde disparaît assez brusquement dans les vaisseaux pulpaires.

Black a démontré que le réseau artériel dans le péricément apical comprend plusieurs troncs artériels, c'est-à-dire que les vaisseaux vasculaires aboutissant aux tissus dentaires proviennent d'un certain nombre d'artères. Reste à connaître l'origine de ces troncs.

On a longtemps admis et souvent démontré que l'artère dentaire inférieure, en traversant le corps du maxillaire inférieur, émet des branches qui vont dans la direction des dents. Une dissection de M. H. Ory montre distinctement des canaux osseux passant du canal dentaire inférieur aux racines de plusieurs dents, de façon à prouver que c'est la source artérielle principale. Ces remarques s'appliquent aussi au faisceau nerveux, qui pénètre également dans le péricément apical, passant dans la pulpe et le péricément latéral par des branches multiples.

Il y a une autre question en cette matière, à laquelle on n'a pas attaché l'importance qu'elle mérite : je veux parler de la circulation collatérale.

Dans certains cas d'occlusion de l'artère dentaire inférieure d'un côté, il est survenu une nécrose d'une moitié du maxillaire inférieur, ce qui ferait penser que l'os dépend de ce tronc pour sa nutrition, comme cela est certainement dans une large mesure ; mais dans d'autres cas on a observé que, lorsqu'on a pénétré dans le canal dentaire inférieur et détruit son contenu, il n'en résulte pas une nécrose de l'os ; des cas de Garretson et de Brophy le démontrent et prouvent péremptoirement que la circulation latérale dans le maxillaire peut suffire à conserver la vitalité de celui-ci. Je crois qu'on a affirmé également que les pulpes dentaires du côté sur lequel on opérait sont restées vivantes. Les anastomoses des branches de l'artère dentaire inférieure sont ordinairement représentées comme se produisant dans la région du foramen mental, des branches du maxillaire externe de l'artère facial, les artères coronaire, mentale et sous-mentale s'anastomosant avec les branches mentales de l'artère dentaire inférieure.

J'ai longtemps pensé que ceci explique les relations anatomiques en partie ; les branches de l'artère linguale (sublinguale) sont amenées en rapport étroit avec le maxillaire inférieur, s'anastomosant postérieurement avec les artères gingivales d'autres provenances ; des branches de l'artère faciale et des branches autres que l'artère dentaire inférieure de l'artère maxillaire interne sont toutes probablement la source de la circulation du sang du maxillaire, et j'estime qu'une dissection minutieuse établirait que des vaisseaux provenant de toutes ces sources se ramifient dans le périoste du maxillaire, projetant dans le maxillaire des branches qui s'anastomosent avec des branches de l'artère dentaire inférieure. Cela témoigne que le

système des canaux de Havers des maxillaires est plus étendu que ne le disent les traités d'anatomie et que l'artère dentaire inférieure, tout en étant la principale source de la circulation du sang, n'en est pas l'unique source.

Quant au rapport exact entre les vaisseaux de la pulpe et ceux du péricément, il faut en chercher les signes dans des embryons très jeunes, de 3 mois et plus. D'abord la présence du sang (vaisseaux) est évidente dans la papille dentinaire (future pulpe) avant que les parois folliculaires (en partie le futur péricément) soient tracées. Quand les tissus dentaires commencent à se former, les follicules sont dans un sillon d'os, leurs bases (le futur collet de la dent) séparées de l'os par une couche relativement mince de tissu fibro-vasculaire, dans laquelle se trouvent les vaisseaux dentaires inférieurs. A cette période, de nombreux troncs artériels passent dans la pulpe qui n'est pas encore à maturité ; les vaisseaux sanguins sont plus marqués que sur la paroi folliculaire externe, séparée du périoste de l'os par une grande quantité de tissu lâche. Dans des spécimens injectés à cette période, on peut voir des vaisseaux passer du périoste extérieur dans ce qui sera le périoste ; à cet âge (7 mois) cette circulation latérale du sang est plus accentuée que celle de la base de la papille dentinaire et tout à fait distincte des vaisseaux vasculaires de la pulpe. Cette circulation latérale persiste lors du durcissement des parois osseuses, qui finalement amène la fusion du périoste avec le péricément. Quoique ce dernier soit une membrane isolée après la formation de la racine, antérieurement sa dualité est incontestable. Il se forme autour de tous les troncs artériels de l'os qui les entoure. Quand on étudie le réseau vasculaire des maxillaires, se souvenir qu'au début les troncs se rencontrent dans les arcs viscéraux de bonne heure et que la transformation des tissus de ces arcs en os, muscles, fascia, glandes, amène des changements dans l'anatomie du réseau vasculaire. Les troncs artériels, entourés d'abord par du tissu quelconque, puis par du tissu fibreux, sont enfermés dans des canaux osseux par suite de l'ossification qui se produit autour.

Il en résulte que le péricément apical et latéral reçoit du sang par les artères qui pénètrent dans l'espace apical par plusieurs branches des troncs artériels dentaires et, de plus, reçoit des anastomoses par les parois alvéolaires. Les vaisseaux de la pulpe dans plusieurs troncs émanent principalement des troncs dentaires. En cas d'oblitération de ces derniers, la circulation anastomotique par les parois alvéolaires et par continuité aux bords alvéolaires avec le périoste maxillaire peut suffire à entretenir la circulation dans la pulpe (fig. B).

Jusqu'à ce que la preuve en soit faite, je crois que les nerfs de la pulpe proviennent des troncs dentaires, quoiqu'il soit incontestable que des nerfs passent par dessus le bord alvéolaire dans le péricément.

Je ne puis dire positivement où les nerfs pénètrent dans la dent mûre ; mais à 1/3 du canal, comme dans la fig. C., les nerfs sont en plusieurs faisceaux médullés ; suivant le cours des principaux vaisseaux sanguins, ces faisceaux se divisent en fibrilles au-dessous de la couche des odontoblastes avec lesquels ils ont une relation douteuse. L'état des nerfs représentés fig. C., où les vaisseaux ont été omis, témoigne qu'ils entrent dans l'apex en nombre comme les vaisseaux.

Black a trouvé des faisceaux semblables dans le péricément apical, distribués dans cette membrane, et il prétend que les faisceaux passant dans la pulpe ont la même origine, qui est presque nécessairement le nerf dentaire inférieur. Il est hors de doute que les vaisseaux et les nerfs pénètrent dans le maxillaire supérieur par la paroi du sinus, ainsi que dans les canaux de la portion-base de l'os alvéolaire.

On peut s'étonner que la pulpe et les nerfs péricémentaires ayant la même origine diffèrent dans leurs réactions sensorielles ; cela s'explique parce que ce sont les terminaisons d'un nerf qui déterminent sa fonction.

Si l'on ne voit pas les fibres nerveuses dépasser le foramen apical des dents extraites, c'est sûrement à cause de la délicatesse des fibres nerveuses ; il est probable que, si la base de l'alvéole pouvait être examinée, on y trouverait des fibres et des vaisseaux rompus.

La relation exacte des vaisseaux et des nerfs avec les dents ne sera connue que quand un observateur prendra des spécimens de maxillaire frais et bien injecté et préparera dents et maxillaires d'après la méthode de Weil.

(*Items of interest*).



LIVRES ET REVUES

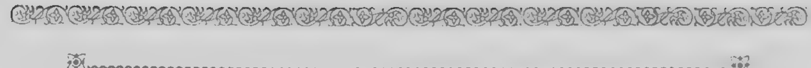
Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

UN NOUVEAU JOURNAL

Nous avons reçu le premier numéro de « LA REVISTA DENTAL MEXICANA » publiée par la *Campania manufacturera dental mexicana* et dirigée par le Dr Young.

Cette revue, qui paraît tous les mois à Mexico, forme chaque mois un beau volume de 160 pages environ.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXAMEN DU CERTIFICAT D'ÉTUDES PRIMAIRES SUPÉRIEURES.

Ainsi que nous l'annoncions dans notre dernier numéro, un récent arrêté du Ministre de l'instruction publique modifie l'examen du certificat d'études primaires supérieures.

Nous donnons ci-après le texte de ce document.

Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu la loi du 30 octobre 1886 ;

Vu le décret du 18 janvier 1887 ;

Vu l'arrêté du 18 janvier 1887, modifié, en ce qui concerne le certificat d'études primaires supérieures, par les arrêtés des 18 janvier 1893 et 10 janvier 1894 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Les articles 242 à 253 de l'arrêté du 18 janvier 1887 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 242. — A la fin de l'année scolaire, une session d'examen du certificat d'études primaires supérieures est ouverte dans chaque département. Les centres d'examen sont fixés par le ministre, sur la proposition du recteur. La date de la session, déterminée par le ministre, est annoncée un mois au moins à l'avance. Elle est la même pour tous les départements.

Art. 243. — Les candidats doivent avoir quinze ans révolus au 1er octobre de l'année dans laquelle ils se présentent.

Quinze jours au moins avant l'examen, ils se font inscrire aux bureaux de l'inspection académique en adressant une demande écrite et signée par eux. Ils indiquent la section d'enseignement à laquelle ils appartiennent. L'acte de naissance du candidat doit être joint à la demande.

Il n'est accordé aucune dispense d'âge.

Art. 244. — L'examen se compose d'épreuves écrites, d'épreuves orales et d'épreuves pratiques.

Ces épreuves ne doivent dépasser, en aucun cas, le niveau du programme des écoles primaires supérieures.

Art. 245. — Les sujets des compositions écrites sont choisis par les inspecteurs d'académie, réunis sous la présidence du recteur. Les plis cachetés qui les renferment sont ouverts par le président de la commission, en présence des candidats.

Art. 246. — Les commissions d'examen sont nommées annuellement, pour chaque département, par le recteur de l'académie. Elles se composent de l'inspecteur d'académie président et, à son défaut, d'un délégué désigné par le recteur, de cinq membres choisis parmi les inspecteurs de l'enseignement primaire, les professeurs de l'enseignement

secondaire ou primaire supérieur, les directeurs et professeurs d'école normale en exercice ou en retraite. Deux directrices ou professeurs d'école normale d'institutrices, ou deux professeurs d'école primaire supérieure de filles, font nécessairement partie de la commission pour l'examen des aspirantes. Le président est autorisé à adjoindre, s'il y a lieu, à la commission, pour chacune des épreuves spéciales dont il est parlé aux articles 249, 250 et 251 du présent arrêté, un examinateur spécial.

En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Art. 247. — Les épreuves écrites sont éliminatoires. Elles ont lieu en deux jours consécutifs et comprennent :

A. — *Epreuves générales.*

1° Composition sur un sujet de morale (une heure et demie) ;

2° Composition française (lettre, narration, compte rendu, rapport, etc.) (une heure et demie) ;

3° Composition de sciences comprenant :

a) Une question ou un problème soit d'arithmétique, soit de géométrie ;

b) Une question de physique ou de chimie ;

c) Une question d'histoire naturelle ou d'hygiène.

Ces trois questions seront empruntées à la partie commune des diverses sections (trois heures) ;

4° Composition simple de dessin à main levée : relevé géométral ou dessin à vue pour les garçons ; ornement simple appliqué aux travaux d'aiguille pour les filles (deux heures).

B. — *Epreuves spéciales variant suivant les sections.*

Section d'enseignement général et section commerciale : une version facile faite avec un lexique et pouvant porter, au choix du candidat, sur l'allemand, l'anglais, l'italien, l'espagnol ou l'arabe (deux heures).

Section industrielle : pour les garçons, mise au net, à une échelle donnée, d'un croquis coté remis à l'aspirant ; pour les filles, composition d'un sujet décoratif, appliqué à une industrie féminine, d'après des éléments fournis à l'aspirante (deux heures).

Section agricole : une composition sur deux questions empruntées, l'une au programme d'agriculture théorique, l'autre à celui des travaux pratiques d'intérieur ou d'extérieur (deux heures).

Art. 248. — Chaque épreuve écrite est cotée de 0 à 20.

La note de chaque copie est abaissée d'un ou de deux points si l'écriture est défectueuse. Nul ne peut être déclaré admissible aux épreuves orales s'il n'a obtenu un total minimum de 40 points pour l'ensemble des quatre épreuves communes et un minimum de 10 points pour la composition spéciale.

Art. 249. — L'ensemble des épreuves orales ne peut excéder la durée d'une heure pour chaque candidat. Ces épreuves comprennent :

Section d'enseignement général : 1° lecture expliquée d'un passage tiré d'un des auteurs français inscrits au programme, et questions sur la langue française ; 2° interrogation sur l'histoire et la géographie

générale ; 3° interrogation sur les sciences mathématiques, physiques et naturelles ; 4° interrogation sur la langue vivante choisie par le candidat.

Section commerciale : 1° interrogation sur l'histoire et sur la géographie générale ; 2° interrogation sur la géographie économique des différentes parties du monde ; 3° interrogation sur les notions de commerce, de droit usuel et d'économie politique ; 4° interrogation sur la langue vivante choisie par le candidat.

Section industrielle : 1° interrogation sur l'histoire et sur la géographie générale ; 2° interrogation sur les notions de technologie applicables à la région pour les aspirants, et sur l'économie domestique pour les aspirantes ; 3° interrogation sur les principales opérations arithmétiques, géométriques ou algébriques utilisées dans la pratique industrielle ; 4° interrogation sur les notions de comptabilité, de droit usuel et d'économie politique.

Section agricole : 1° interrogation sur l'histoire et sur la géographie générale ; 2° interrogation sur l'agriculture et les questions de sciences physiques et naturelles qui s'y rattachent ; 3° interrogation sur l'arithmétique et la géométrie appliquées aux opérations sur le terrain et aux travaux d'exploitation agricole ; 4° interrogation sur les notions de comptabilité, de droit usuel et d'économie politique.

Chaque épreuve est cotée de 0 à 20. Tout candidat qui n'aura pas obtenu un minimum de 40 points ne sera pas admis à subir les épreuves pratiques.

Art. 250. — Les épreuves pratiques ne peuvent excéder une durée totale de quatre heures ; elles comprennent :

Section générale : pour les garçons, exercice simple de travail manuel (bois ou fer, au choix de l'aspirant) d'après un modèle en nature, ou bien modelage d'après un plâtre à faible relief ; pour les jeunes filles, exercice emprunté au programme des travaux manuels de deuxième année ;

Section commerciale : 1° un ou plusieurs exercices pratiques de calcul et de comptabilité ; 2° exercice de calligraphie portant sur les divers modes d'écritures usités dans le commerce.

Section industrielle : pour les garçons, exécution, d'après un croquis coté, d'un assemblage en bois ou, au choix du candidat, d'une pièce d'ajustage en fer ; pour les jeunes filles, exercice emprunté au programme des travaux manuels de troisième année.

Section agricole : un ou plusieurs des exercices spécifiés au programme des travaux pratiques d'intérieur ou extérieur.

Art. 251. — Outre ces épreuves spéciales, les candidats auront à subir, garçons et filles, une épreuve de chant et de gymnastique.

L'épreuve de gymnastique, pour les filles, se fera sans appareils. En seront dispensées les aspirantes qui produiront le jour de l'examen un certificat de leur professeur et de leur directrice attestant qu'elles ont pris part régulièrement aux exercices réglementaires de gymnastique.

Art. 252. — Chaque épreuve pratique est cotée de 0 à 20, sauf les épreuves de chant et de gymnastique qui sont cotées de 0 à 10.

Pour être admis définitivement, tout candidat doit avoir obtenu la

moyenne pour chacune des épreuves pratiques, et pour l'ensemble des épreuves un chiffre de points au moins égal à la moyenne.

La note o pour l'une quelconque des épreuves est éliminatoire.

Art. 253. — Après la clôture des examens, la commission dresse, par ordre alphabétique, la liste des candidats qu'elle juge dignes d'obtenir le certificat d'études primaires supérieures. Le dossier complet de l'examen de chaque candidat est transmis au recteur qui délivre les certificats.

Le diplôme portera une des quatre mentions ci-après :

1° Certificat d'études primaires supérieures (section d'enseignement général);

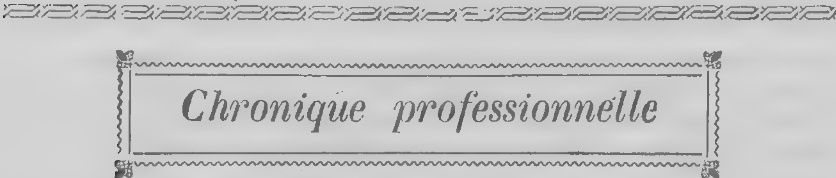
2° Certificat d'études primaires supérieures (section industrielle);

3° Certificat d'études primaires supérieures (section agricole);

4° Certificat d'études primaires supérieures (section commerciale).

Fait à Paris, le 17 septembre 1898.

LÉON BOURGEOIS.



Sous cette rubrique L'Odontologie se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle.

A PROPOS DE L'OPPORTUNITÉ DE L'AVULSION DENTAIRE PRÉCOCE OU TARDIVE DANS LA PÉRIODONTITE SUPPURATIVE AIGUE

(*Réponse à M. le Dr E. Sauvez.*)

Par M. MENDEL JOSEPH.

Dans la discussion qui suivit la lecture de ma communication présentée l'année dernière au Congrès de Paris « sur l'opportunité de l'avulsion précoce ou tardive dans la péridontite suppurative aiguë », M. le Dr Sauvez a cru devoir condamner formellement le procédé dont je me suis servi pour contribuer à la solution du problème important qui agitait notre monde professionnel. N'ayant pu assister aux séances du Congrès ni, par suite, prendre part à ses débats, la condamnation prononcée par M. Sauvez est demeurée sans réplique.

Sans doute, le grand honneur que la commission du Congrès a bien voulu accorder à mon travail en le choisissant pour être lu à la séance d'inauguration, le mettant ainsi en tête de ses travaux, de même que les félicitations de l'éminent directeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. Godon, constituent les éléments de la plus éloquente et

de la plus décisive réponse aux réprobations de M. Sauvez. Et c'est bien pour cela aussi que j'ai pensé inutile de répondre aux critiques de notre distingué confrère. Mais voici que de nouveau, dans un rapport présenté au Congrès de Lyon, M. Sauvez affirme sa mauvaise grâce à l'égard de ma communication. Il ne peut guère me pardonner l'idée subversive et attentatoire que j'ai eue de consulter les grandes autorités médicales. Il trouve ce procédé mauvais, s'efforce, en deux grandes pages qu'il me consacre, d'en démontrer la parfaite inutilité et proclame solennellement qu'il le réprouve.

Je ne puis vraiment me résigner plus longtemps à une telle exécution capitale et je suis décidé, pour le moins, à plaider les circonstances atténuantes.

Il semble que M. Sauvez regrette que ce ne soit pas à lui que je me sois adressé dans mon enquête. « La question, dit-il, touche de plus près à la pathologie dentaire qu'à la pathologie chirurgicale ». Oui, certes, si l'on considère la question d'une façon étroite ; mais si, par contre, on l'examine sous un objectif plus large, elle prend une ampleur qui en fait une question de pathologie et de chirurgie générales. D'ailleurs, est-ce que la pathologie dentaire obéit à d'autres principes fondamentaux que ceux qui gouvernent la pathologie chirurgicale ? Est-ce que le dentiste moderne saurait méconnaître impunément les préceptes de la pathologie générale ? De plus, dans le cas qui nous occupe, nous sommes précisément dans un domaine limité, où la pathologie dentaire et la pathologie chirurgicale se confondent insensiblement. Car il importe de distinguer avec soin les conditions où, seuls, les tissus dentaires sont atteints et celles où l'infection s'est étendue au delà des organes dentaires dans la profondeur des tissus de voisinage. « L'avulsion d'une dent, ai-je dit l'année dernière, dont la pulpe seule est atteinte, n'est, sauf quelques réserves, qu'une opération sans importance. La plaie qui en résulte guérit presque toujours par le seul effort réparateur de l'organisme. Mais lorsque l'infection a pénétré dans les tissus profonds, lorsque l'alvéole est contaminé, l'articulation alvéolo-dentaire frappée d'inflammation aiguë suppurative, les conditions sont différentes... » C'est justement parce que je croyais me trouver dans un domaine intéressant étroitement les problèmes de la grande chirurgie que je considérais nécessaire de demander l'opinion des maîtres en chirurgie générale.

Car, ne l'oublions pas, nous sommes ici sur un terrain où toutes les complications sont possibles. Elles sont possibles par la nature même du processus, qui, comme tout processus infectieux situé profondément dans notre organisme, peut affecter des caractères parfois alarmants. Sans doute, l'expérience est là pour prouver que ces accidents sont exceptionnels ; mais l'idée seule qu'ils peuvent surgir suffit pour

nous inspirer de sérieuses inquiétudes et nous créer le devoir d'en rechercher les raisons, afin de les prévenir en parfaite connaissance de cause. Or qui donc pourrait mieux nous expliquer les causes exactes de ces accidents, leur mécanisme intime, les conditions qui peuvent faciliter la généralisation ou simplement la propagation de l'infection à distance, sinon ceux qui, à tout instant, sont appelés à observer et à combattre les complications de cet ordre?

M. Sauvez trouve que toutes ces recherches sont des subtilités inutiles. « La seule conclusion, dit-il, me paraît être une conclusion basée sur le gros bon sens. » Je ne suis guère adversaire du bon sens, et je m'empresse de lui rendre l'hommage qui lui est dû. Mais en quoi la recherche à laquelle je me suis livré est-elle contraire au bon sens? J'avoue n'y rien voir de pareil. Le meilleur bon sens, s'il n'est pas servi par une science profonde du sujet, ne saurait échapper aux erreurs inéluctables de l'ignorance; appuyé sur l'observation simple, il devient de l'empirisme pur. Or, dans la discussion qui s'était engagée à la Société d'odontologie, lorsque la question y fut pour la première fois soulevée, *c'est sur l'observation, sur l'observation seule*, que les convictions s'appuyaient. Personne ne s'est demandé ce qui se passe avant et après l'extraction dans la profondeur des tissus malades; personne n'a cru devoir envisager scientifiquement, c'est-à-dire en s'appuyant sur les découvertes les plus récentes de la physiologie et de la pathologie, les raisons qui militent pour ou contre l'intervention précoce. Cette analyse s'imposait cependant, à mon avis, dans la discussion d'une question de cette importance. Et c'est justement pour accomplir cette analyse, avec les documents émanant des meilleures sources, que je conçus et entrepris la consultation des maîtres en pathologie générale.

Je suis d'accord avec M. Sauvez lorsqu'il dit qu'une question de cette importance ne saurait être résolue en deux lignes et je regrette sincèrement la brièveté de plusieurs réponses que j'ai reçues. Mais est-ce là une raison suffisante pour *condamner*, pour *déconseiller* ce genre de consultation? Cette brièveté témoigne tout bonnement de l'intérêt médiocre que sembleraient professer à notre égard la plupart des maîtres en chirurgie générale, et je m'empresse d'ajouter que nous sommes les seuls responsables de cette quasi-indifférence. C'est à nous qu'appartient le devoir de les intéresser à notre science, de leur montrer la hauteur de nos tendances et de nos aspirations, de leur prouver que nous méritons leur sérieuse collaboration et que nous entendons marcher dans la voie des sciences exactes, la seule rationnelle et féconde.

Non, certes, je ne saurais partager l'opinion de M. Sauvez: de telles consultations qu'elles soient écrites ou verbales, sont éminemment

utiles ; elles nous feraient mieux connaître, et nous feraient mieux apprécier.

Et puis, les réponses des professeurs sont-elles vraiment si vides, si dépourvues d'intérêt pour permettre à M. Sauvez d'en faire fi ? Une telle opinion serait, de la part de M. Sauvez surtout, une injustice et une ingratitude. Je trouve, au contraire, que telles quelles, avec leur laconisme, avec leur contradiction, ces réponses sont intéressantes et instructives. Ainsi le professeur Berger appuie avec force sur la distinction essentielle qu'il convient de reconnaître, dans le cas particulier qui nous occupe, surtout entre les états infectieux récents et les suppurations anciennes, idée importante, qui domine tout le débat de la question et que je me suis efforcé de développer dans ma communication de 1897. Cette idée, le professeur Duplay la partage, en termes différents, mais également nets, en exprimant les mêmes appréhensions au sujet des suppurations aiguës. Le professeur Terrier, visiblement moins préoccupé des considérations de physiologie pathologique et des indications qui en découlent, s'appuyant surtout sur son expérience, recommande catégoriquement l'avulsion précoce. Le professeur Tillaux, tout en observant « qu'il n'est pas sage de formuler une règle générale », nous donne très clairement son sentiment personnel, son penchant vers l'avulsion hâtive. Enfin, il y a la lettre de M. le professeur Le Dentu, que M. Sauvez lui-même reconnaît comme très intéressante et qui, à mon avis, eût seule suffit pour attester l'utilité de mon enquête. Cette lettre, en effet, a su en une seule page nous dire avec netteté et précision ce que M. Sauvez a cru devoir développer en 66 pages et 8 chapitres. Il suffit de la lire attentivement pour reconnaître l'influence qu'elle a exercée sur la rédaction du rapport de M. Sauvez. Je fais abstraction, bien entendu, de certains développements tels que : « La variété de l'intervention suivant le milieu social » sur lesquels il a plu à l'auteur de s'arrêter longuement et au lieu desquels quelques lignes eussent amplement suffi. Il est vrai que c'est là matière à appréciations subjectives, et je ne désire ici user de mon droit de critique qu'avec la plus grande discrétion.

Donc, à supposer que mon travail n'ait servi qu'à inspirer M. Sauvez et à fournir une base à son rapport de Lyon, son utilité n'est déjà plus contestable. J'ose cependant espérer, tout en reconnaissant la modestie de mon effort, que ce n'est pas au rapport de M. Sauvez que ma communication emprunte son intérêt, et qu'elle se suffit par elle-même.

C'est donc bien un service, faible si vous voulez, mais indéniable, que mon travail, avec mon enquête, a rendu à l'auteur du rapport de Lyon. Aussi, est-ce pour moi un sujet d'étonnement de voir M. Sauvez attaquer mon travail d'une façon vraiment désobligeante.

Ainsi, dans le compte rendu du Congrès de Lyon que *L'Odontologie* vient de publier, M. Sauvez réitérant sa *réprobation(!)* au sujet de mon enquête ajoute : « Le résultat n'en a d'ailleurs pas été brillant, puisque, sur *quarante lettres*, une seule, celle de M. le professeur Le Dentu, a été retenue comme très intéressante. »

Quarante lettres ! Mais c'est absolument inexact. Je n'en ai envoyé que sept. Cinq avaient été adressées aux professeurs dont les réponses furent publiées. Les deux autres étaient adressées : l'une au Dr Reclus, et la seconde au Dr Quenu. En les consultant, j'ai voulu connaître l'opinion *des jeunes*. J'ajoute, que dans mes lettres, je leur ai fait part de l'opinion des professeurs, et il est possible que ce soit par un sentiment de déférence pour leurs maîtres qu'ils aient cru devoir garder le silence.

De sept à quarante la distance est vraiment trop grande... Décidément M. Sauvez a dû manquer d'arguments solides pour être réduit à ce moyen de critique.

Je profite de l'occasion pour rappeler à M. Sauvez, ainsi qu'à tous ceux qui me font l'honneur de citer mon nom dans leurs travaux, que tous mes écrits ont toujours été signés de mes deux noms *Mendel Joseph*.

A PROPOS D'EXPERTS [1]

Dans le bulletin de *L'Odontologie* du 15 septembre, mon collègue Francis Jean a exposé les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent dentistes et clients lorsqu'ils ont recours au juge de paix en cas de désaccord et, pour apporter un remède à cet état de choses, il a cru devoir proposer des modifications dont quelques-unes auraient les plus mauvais résultats.

L'expertise idéale, telle que nous la voudrions tous, exigerait des modifications importantes : 1° sur le mode de recrutement des experts près des tribunaux ; 2° sur le nombre d'experts appelés à se prononcer dans une expertise.

Le premier point regarde le juge de paix qui choisit son expert.

Avant la loi de 1892 l'exercice professionnel du dentiste étant limité, l'expert était choisi par le juge parmi ceux dont la notoriété professionnelle était la mieux établie. Il n'y avait qu'une seule catégorie de dentistes, et cela pouvait suffire ; mais aujourd'hui qu'il existe des chirurgiens-dentistes auxquels la loi a donné, en plus, la pratique de l'anesthésie, le choix d'un expert devrait être inspiré des nouvelles exigences de cette loi. Car, s'il est louable comme le désire M. Francis Jean, de songer à donner au client qui se défend en

1. Nous avons reçu sur cette question un autre article de M. Mahé, que nous publierons dans le prochain numéro.

justice un défenseur compétent, il n'est pas moins juste de demander qu'un chirurgien-dentiste ne soit pas *expertisé* par un dentiste exerçant en vertu des dispositions transitoires de la loi de novembre 1892.

Je ne m'appuie que sur les droits que confère cette loi et je laisse volontairement de côté la certitude que j'ai que certains dentistes n'ayant pas le nouveau diplôme de la Faculté de médecine possèdent au plus haut point des connaissances pour juger n'importe quel acte d'un chirurgien-dentiste. Mais cela peut être l'exception, et on ne pourrait s'appuyer sur ce fait pour alléguer que tous peuvent être admis sans distinction au titre d'expert. Légalement l'expert ne peut pas connaître ce qu'il lui est défendu de pratiquer, et il peut être récusé par un chirurgien-dentiste, s'il ne possède pas le diplôme d'Etat.

C'est un point qui n'a pas attiré l'attention de M. Francis Jean lorsque, pour arriver à l'expertise de son choix, il n'a pas craint de proposer deux ou trois experts.

M. Francis Jean, dans son désir d'assurer la défense du client ou de la cliente, ne me semble pas très difficile. Il espère que le client pourra trouver un confrère qui consentira à le défendre en justice, après avoir apprécié, sans avoir été au préalable *commis à cet effet* par le juge de paix.

J'ai de nos confrères une meilleure opinion que M. Francis Jean et j'espère que la catégorie des dentistes qui consentent à apprécier, sur la demande d'un client nouveau, les soins ou les appareils fournis antérieurement par un autre se fait de plus en plus rare aujourd'hui. C'est là l'un des services qu'ont rendus à la profession les groupements professionnels et les écoles.

Les dentistes ont appris en se fréquentant assidûment à s'estimer mutuellement, et j'espère que le confrère questionné dans ce sens aurait assez de dignité pour refuser à sa nouvelle cliente l'appréciation qu'elle désire. Il faut, pour apprécier, autre chose que le récit d'une cliente intéressée à voir ses griefs confirmés.

Il ne suffit pas d'établir son opinion d'après le résultat des soins donnés ou d'après l'exécution de l'appareil objet du litige, il faut encore savoir si le client s'est prêté comme il convenait au traitement du confrère, si enfin il n'a pas apporté d'entrave à la bonne exécution de l'appareil, toutes choses qui ne peuvent être connues que par l'audition des deux parties en cause. Ou l'appréciation sera formulée à la légère, ou elle sera intéressée ; dans les deux cas elle sera mauvaise. Dans le premier cas le dentiste qui aura consenti à donner son avis sans s'entourer de garanties suffisantes risquera fort, s'il est sincère, de voir son opinion se modifier à l'audience en entendant la partie adverse. Et alors de quel secours, de quelle aide sera pour le client ce défenseur occasionnel si cher à M. Francis Jean ? La cliente, encore une fois, ne manquera pas de dire que les dentistes se

sont entendus ; que si son défenseur dentiste a modifié son opinion à l'audience, c'est parce qu'il était d'accord avec son collègue.

Si le dentiste est assez peu scrupuleux pour donner raison au client, malgré l'opinion qu'il peut avoir sur les travaux exécutés, la situation de celui-ci ne sera pas meilleure. Guidé par l'espoir de devenir le dentiste de ce nouveau venu, il abondera dans son sens, et le malheureux client trop confiant sera alors dans ses mains pieds et poings liés.

La proposition de M. Francis Jean sur ce point est donc inefficace ; elle n'atteint pas le but et elle a le grave inconvénient d'exciter l'idée de lucre qui pourrait être de quelque influence sur la décision d'un dentiste ainsi consulté. Cela est même escompté par M. Francis Jean, lorsqu'il examine la question des frais des trois experts. Il dit page 194, 23e ligne : « *Le client en effet n'aurait pas à rétribuer son défenseur, car celui-ci deviendrait de par les circonstances son nouveau dentiste...* » Ainsi on blâme généralement la conduite de ceux qui font bonne litière des égards qu'on se doit entre confrères, de la grande réserve qu'on doit observer dans les appréciations de ce genre, et c'est à la résultante d'un acte semblable que M. Francis Jean voudrait voir accorder une autorité en justice !

Certes il est désirable que les expertises soient faites par plusieurs experts, non pas seulement dans l'intérêt des parties en cause, mais aussi pour décharger d'une lourde responsabilité l'expert qui, seul, en est ordinairement chargé. Mais si je suis d'accord sur ce point avec M. Francis Jean, je ne saurais admettre, pour les raisons que je viens de donner, sa manière de les recruter et je mets en doute qu'il puisse jamais réunir trois confrères pour remplir ces fonctions. Ils s'en trouvera toujours un que les exigences de la clientèle empêcheront de se rendre au rendez-vous.

Au contraire, avec les syndicats professionnels la chose se trouve simplifiée, car quelques-uns sont organisés pour remplir cet office. Celui de l'Association générale des dentistes de France a une commission qui se réunit à jour fixe pour examiner des affaires qui lui sont soumises par les juges de paix, et les expertises y sont toujours faites par trois membres au moins, ce qui pourrait donner satisfaction à mon confrère. Depuis de longues années déjà cette commission fonctionne et nombreux sont les services qu'elle a rendus.

M. Francis Jean n'ignore rien de tout cela, mais il n'aime pas les syndicats et le leur prouve bien, car il leur décoche la flèche du Parthe en méconnaissant leur préparation à l'emploi d'expert. Il fit partie longtemps de celui de l'Association générale des dentistes de France ; que n'a-t-il proposé des réformes pendant qu'il y était ! En tout cas ceux qui y remplissent le rôle d'experts me paraissent présenter plus d'indépendance qu'on n'en trouverait, dans la proposition

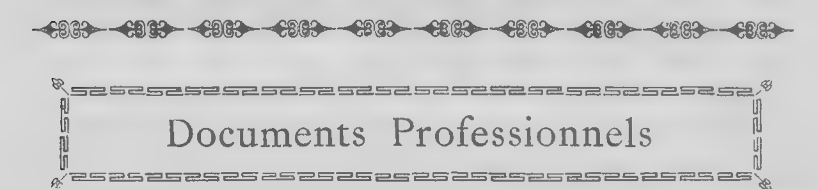
Francis Jean, chez celui dont j'ai relevé le peu de garantie morale.

Ils ne sont pas, comme celui-ci pourrait l'être, guidés par l'espoir de conserver la clientèle du plaignant ; leur rôle est plus élevé, leurs noms comme leurs adresses, sont inconnus ; ils ont plus le caractère d'un arbitre impartial que tout autre qu'on pourrait prendre dans la proposition Francis Jean.

C'est donc au syndicat professionnel qu'on devra s'adresser si l'on veut toute garantie ; mais en constituant la commission d'expertise à l'aide de chirurgiens-dentistes.

Maintenant les experts auraient-ils trouvé le moyen d'établir exactement les droits des parties en cause qu'on n'empêchera jamais le condamné d'estimer que la chose a été mal jugée.

E. Bonnard.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs, et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Quelques membres du bureau du Comité d'organisation du Congrès dentaire international de 1900 ont eu pendant les vacances plusieurs entrevues avec divers représentants de l'art dentaire à l'étranger.

Ils se proposent, à la prochaine réunion du Comité, de demander la nomination, pour chaque pays, d'un ou de plusieurs secrétaires correspondants du Comité d'organisation, choisis parmi les confrères partisans dans leurs pays respectifs de l'œuvre des Congrès. Pour la formation des Comités nationaux, le choix serait laissé aux sociétés professionnelles de chaque pays.

En conséquence, les Confrères étrangers qui auraient des renseignements utiles à donner pour le succès du Congrès, et en particulier sur la composition du Corps professionnel dans leurs pays respectifs, sont priés de les adresser le plus tôt possible au président, M. Ch. Godon, ou au secrétaire général M. le Dr Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1898-99.

SESSIONS D'EXAMENS

POUR LE

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de Chirurgien-Dentiste s'ouvriront à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pendant l'année scolaire 1898-99, savoir : la première, le 7 novembre 1898; la deuxième, le 29 mai 1899.

I. — **Conditions d'admission.** — Sont seuls admis à se présenter à ces sessions :

1° *Pour les trois examens*, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893 ;

2° *Pour les deux derniers examens*, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° *Pour le deuxième examen*, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des Ecoles d'enseignement dentair existant en France, à la date du 25 juillet 1893.

II. — **Pièces à produire.** — Les candidats produiront les pièces suivantes.

Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

Un extrait de leur casier judiciaire ;

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889 ;

Un certificat constatant qu'ils sont Français ;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une Ecole d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893 :

A ces pièces, les candidats élèves des Ecoles dentaires visés au paragraphe 1er de cette affiche devront joindre :

1° Soit *un diplôme de bachelier*, soit *le certificat d'études prévu par le décret du* 10 *juillet* 1883, *modifié par le décret du* 25 *juillet* 1893, soit *le certificat d'études primaires supérieures*, dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895 ;

2° *Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des Ecoles dentaires, des études complètes et régulières.* A ce certificat sera joint *un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscription*, etc.

3° *Un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.*

III. — **Consignations.** — Les consignations seront reçues, au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir :

1° Première Session	2° Deuxième Session
1er examen, les **24 et 25 octobre 1898** ;	1er examen, les **15 et 16 mai 1899** ;
2e examen, les **21 et 22 novembre 1898** ;	2e examen, les **5 et 6 juin 1899** ;
3e examen, les **19 et 20 décembre 1898** ;	3e examen, les **26 et 27 juin 1899** ;

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

IV. — **Dates des examens.** — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir :

1° Première Session

1er examen, du **7 au 19 novembre 1898** ;
2e examen, du **5 au 17 décembre 1898** ;
3e examen, du **9 au 21 janvier 1899** ;

2° Deuxième Session

1er examen, du **29 mai au 3 juin 1899** ;
2e examen, du **19 au 24 juin 1899** ;
3e examen, du **10 au 22 juillet 1899** ;

Paris, 20 septembre 1898.

Le Doyen de la Faculté
P. Brouardel.



VARIA

Un mari est-il tenu de payer le râtelier de sa femme ? Tel est le grave problème que la justice viennoise a dû résoudre récemment.

Un dentiste avait livré à une dame nommée Régine R..., mariée à un commerçant, un râtelier complet, pour lequel il réclamait cent cinquante florins. Elle en versa cinquante ; le reste se fit attendre. Le dentiste s'impatienta et s'adressa au mari. Celui-ci refusa de payer une dépense qu'il n'avait ni autorisée ni même connue. Il fut assigné devant les tribunaux, comme étant tenu par la loi de veiller à l'entretien de sa femme. Et voici le dialogue qui s'engagea entre lui et le juge ;

Le juge : « Vous arriverez difficilement à faire admettre que vous ne soyez pas responsable. »

R... : « Un râtelier est un objet de luxe ; dois-je répondre de toutes les fantaisies coûteuses qu'il plaît à ma femme de se payer ?

— Votre adversaire affirme qu'un râtelier était nécessaire pour que votre femme pût manger et mâcher.

— Elle en avait déjà un, je n'en payerai pas un second, surtout d'un tel prix : c'est une fantaisie.

— Son premier râtelier n'était que partiel.

— Mais elle avait encore des dents à la mâchoire supérieure.

— Mais si ces dents naturelles étaient mauvaises ?

— Elle n'avait qu'à les faire plomber, au lieu de faire à mon insu des prodigalités.

— Il n'est pas nécessaire qu'un mari soit prévenu de tout.

— Un râtelier ne fait partie ni de « l'entretien », ni des « secours médicaux ». J'ai dit que ma femme avait encore des dents, et je le prouve. Je dépose devant le tribunal celles qu'elle a fait enlever pour placer son râtelier.

— Votre femme a à peine 30 ans ; il est naturel qu'elle ait d'autres motifs que ceux d'une matrone de soixante-dix ans et qu'elle ait voulu pouvoir montrer une dentition complète.

— « Je ne suis qu'un petit commerçant, et la femme d'un petit commerçant n'a pas besoin de râtelier de luxe. »

Le juge ne parvint jamais à faire sortir de là ce bourgeois effaré par le faste oriental et sardanapalesque d'un râtelier de cent cinquante florins. Il finit par le condamner à payer cinquante florins sur les cent qui restaient dus.

(Rev. Méd.)

NÉCROLOGIE

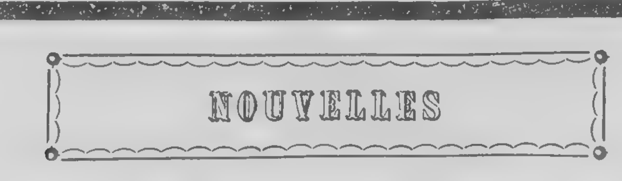
Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le professeur Heydenreich, l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Nancy, qui vient de succomber dans cette ville à une maladie contractée il y a quelque temps déjà à la suite d'une opération.

Nos lecteurs savent qu'il était l'auteur de la remarquable thèse d'agrégation « Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse ».

Le défunt, âgé de 48 ans, était chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'Instruction publique.

Nous apprenons également la mort subite de notre estimé confrère le Dr E. de Trey, de Lausanne, bien connu par la nouvelle préparation d'or qu'il avait créée.

Nous prions sa famille et notamment son fils avec lequel nous nous sommes rencontrés dans différents congrès d'agréer nos sentiments de sincère condoléance.



ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Les cours pour la scolarité 1898-1899 ouvriront le lundi 7 novembre.

On peut se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

L'anesthésie a l'Ecole dentaire de Paris

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris vient de décider que dorénavant toutes les opérations faites au dispensaire seront pratiquées avec anesthésie, locale ou générale selon les cas.

Cette décision, que nous ne saurions trop approuver, a un double but : d'abord éviter la douleur aux déshérités qui ne peuvent recourir aux soins d'un praticien de la ville, ensuite familiariser dans une large mesure les élèves avec les différents modes d'anesthésie.

Les Ecoles de médecine classées d'après le nombre respectif des étudiants en médecine inscrits.

Les étudiants en médecine se répartissaient ainsi au 15 janvier 1897 dans les diverses Facultés et Ecoles de médecine. Dans ce tableau ne sont pas compris les étudiants pour le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ni les étudiants en pharmacie.

Ecoles de plein exercice.	Nantes	177
	Alger	137
	Rennes	127
	Marseille	123
Ecoles préparatoires.	Angers	65
	Clermont	50
	Limoges	48
	Dijon	47
	Rouen	42
	Besançon	37
	Caen	36
	Reims	33
	Poitiers	30
	Grenoble	28
	Amiens	28
	Tours	17

(Semaine médicale.)

On remarquera que, dans quelques-unes de ces écoles, le nombre des élèves est inférieur ou égal à celui des professeurs, et qu'il semble difficile de justifier l'utilité d'un certain nombre de ces établissements d'enseignement supérieur aux yeux de législateurs soucieux des deniers des contribuables par des arguments tirés d'un intérêt autre que celui des fonctionnaires qui en profitent.

L'art Dentaire au Mexique

Nous apprenons la fondation d'une Société dentaire mexicaine qui s'est créée le 16 juillet dernier à Mexico, sous la présidence de M. Crombé. Elle se réunit le premier vendredi de chaque mois.

Il est question de fonder une Ecole dentaire à Mexico. Cette création est proposée par la Société mexicaine.

Les dentistes du Mexique se préoccupent de la réglementation de leur profession et la « *Revista Dental mexicana* » soumet à l'examen des pouvoirs publics un projet de loi à cet effet.

Il est question de fonder à Lydnen (Australie) une Ecole dentaire rattachée à l'hôpital de la ville, sous les auspices de l'Université.

Nous apprenons la mort de M. Gardner Colton bien connu dans le monde scientifique par la découverte de l'anesthésie au protoxyde d'azote. On prétend que c'est avec son aide que la première dent fut extraite sans douleur le 11 décembre 1844.

Un médecin de Toronto (Canada) est mort des effets du chloroforme qu'il avait administré pour extraire six dents.

(*Dental Review*).

Une nouvelle société dentaire est en voie de formation à Londres sous le titre School dentists' society. Son président est M. Lydney Spokes.

Après avoir pratiqué pendant nombre d'années, un dentiste de l'Etat d'Ohio, le Dr H. Boger, vient d'être nommé receveur des postes de la petite ville de Findley.

On compte dans la République Argentine un collège dentaire et cent trente-quatre dentistes pour 4.500.000 habitants, soit un dentiste pour 33.582 personnes.

Le critérium de la natation.

Le docteur L. O'Followell, ancien interne en médecine et en chirurgie, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, a informé notre confrère le « Vélo » qu'il pouvait compter sur lui et sur ses ambulanciers pour assurer le service médical du Critérium de la Natation.

Tandem.

(*Petit Bleu.*)

Assurances contre les accidents corporels de toutes natures résultant de traumatismes.

Tous les membres de l'Association générale des dentistes de France s'assurant par l'entremise de l'Association et par les soins de *M. T. Vinsonnaud*, officier supérieur d'administration en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, 20, rue Scheffer, à Paris, attaché au service « *Accidnets* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* », profitent des avantages suivants :

1re annuité, réduction de 7 o/o à l'intéressé ;

— versement de 3 o/o à la caisse de secours de l'Association.

Soit. . . . 10 o/o.

Conformément à l'avis ci-dessus, *M. T. Vinsonnaud* a versé les sommes suivantes à M. Rollin, Trésorier de l'Association générale, pour le montant des 3 o/o de la première année des assurances contractées par son intermédiaire à la Compagnie *La Foncière-Transports-Accidents*, par les membres de l'Association :

	Primes payées	3 o/o
De novembre 1897 à juin 1898...........	2.767.34	83 »
De juillet au 22 septembre 1898.........	734.91	22.05
Totaux...........	3.502.25	105.05



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? No 51. — *Quel est le fabricant de l'*angle universel *pour machine à fraiser?* Dr G.

☞ *Réponse.* — L'*Angle universel* pour machine à fraiser est fabriqué par la maison Paul Buss 53, 54 Wilhelm-Strasse. Berlin. X.

? No 70. — *Ne faut-il pas pour entrer à l'Ecole justifier de 3 années de stage dans le laboratoire d'un dentiste ?* L.

☞ *Réponse.* — Pas du tout ; l'élève peut en quittant le collège (en fournissant les papiers nécessaires à son admission) entrer à l'Ecole Dentaire, où d'ailleurs la prothèse est enseignée. E. P.

ERRATUM

Notre rubrique *Nouvelles* (no du 15 octobre, page 309) contient une erreur que nous nous empressons de rectifier.

Des cinq qui prirent l'initiative de la fondation des *Cercles des Dentistes*, il reste quatre survivants et non trois, comme nous l'avions imprimé :

C'est notre ami Maxime Dugit, que nous avons tué par cette omission. Heureusement pour lui et pour la profession, il n'en est pas plus mal portant. Nous prions nos lecteurs d'ajouter son nom à ceux de Claser, Godon et Viau ; il rétablit intégralement avec celui de Charles Bouvin la glorieuse liste des cinq.

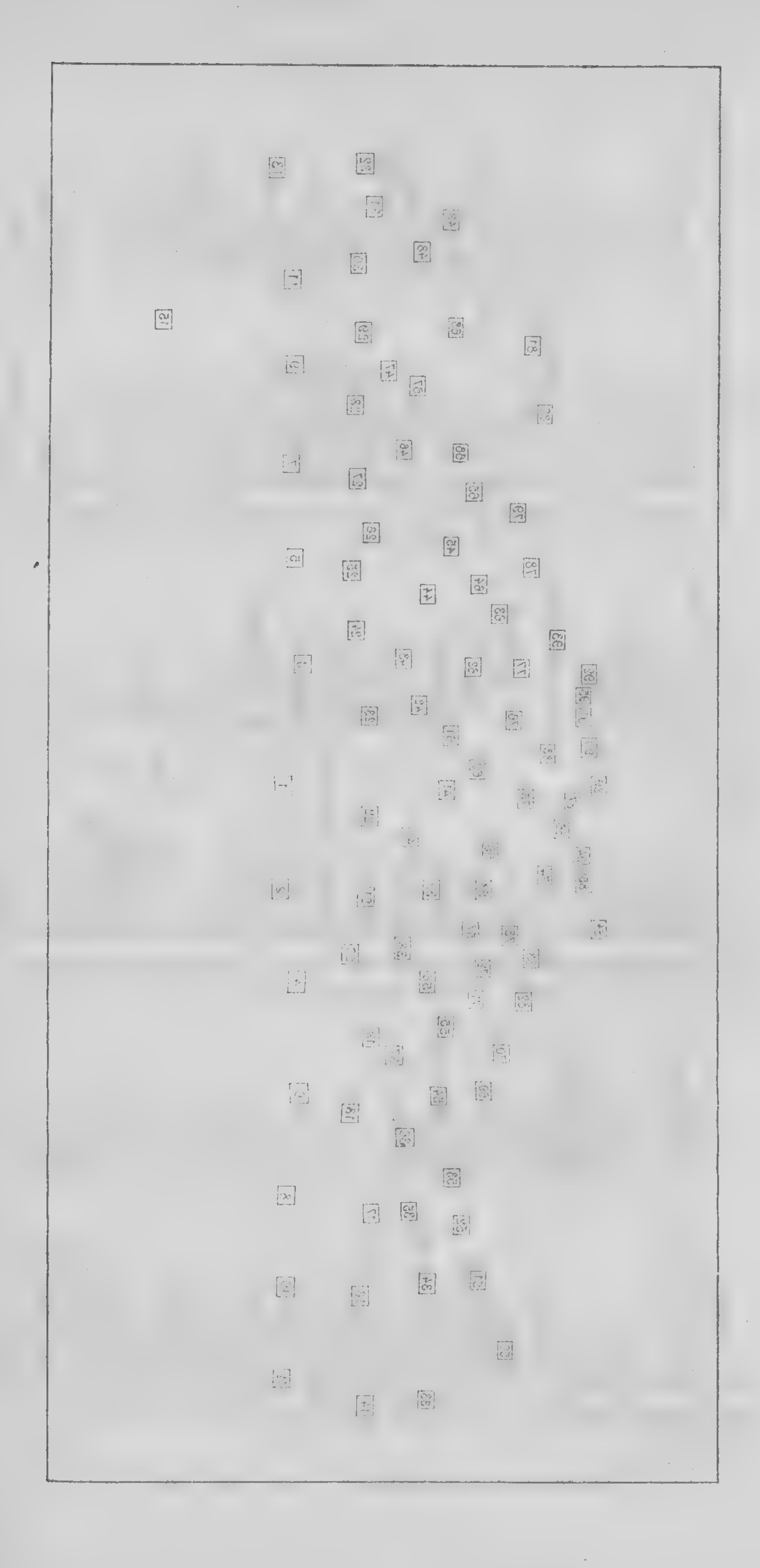
CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

4e SESSION



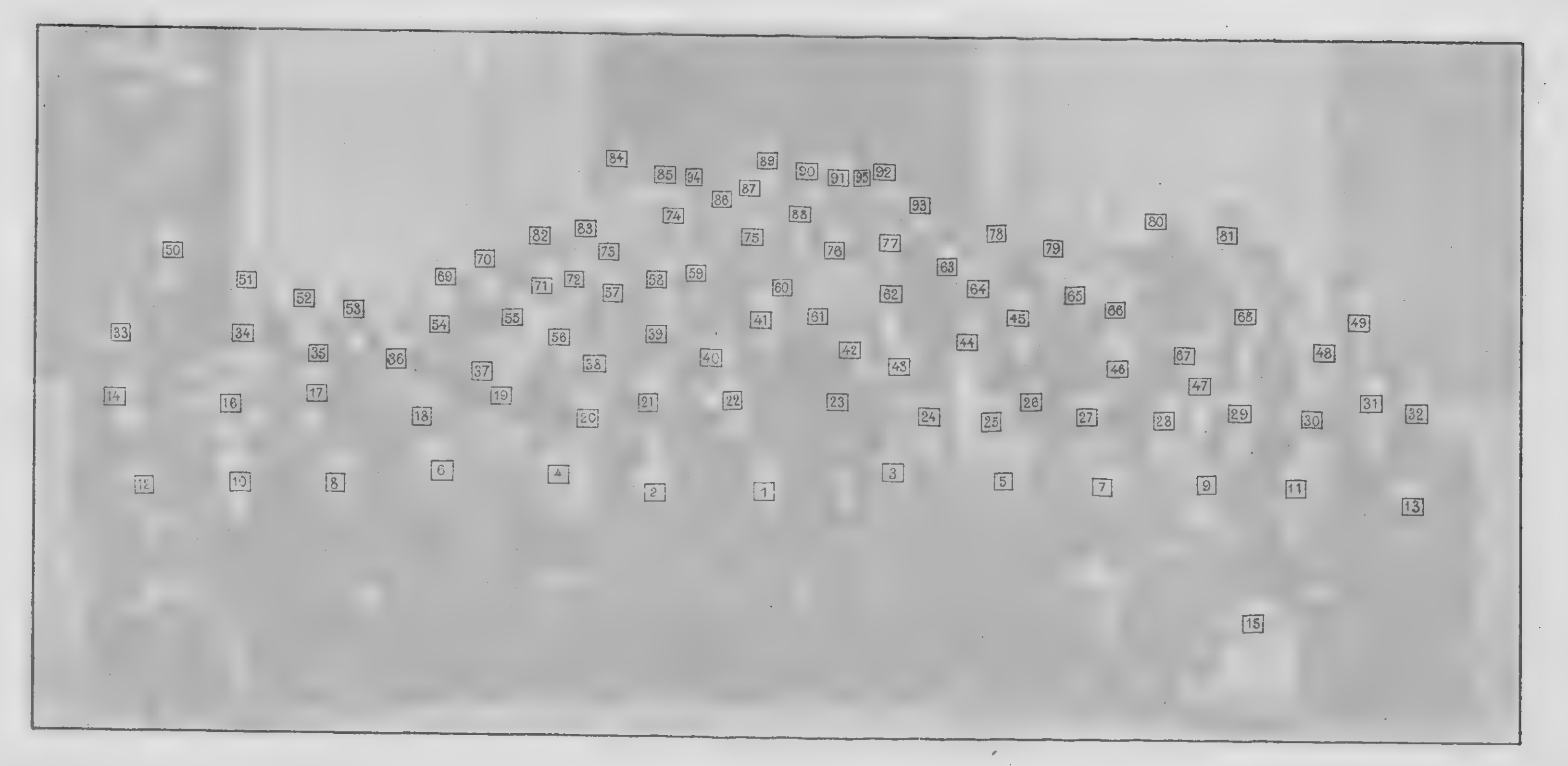
LYON

12-13-14 AOUT 1898



CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

4e SESSION



LYON

[illegible]

MM.

1 Dr E. Lecaudey. (Paris).
2 Dr Cl. Martin. (Lyon).
3 Dr C. Queudot. (Paris).
4 Dr Beltrami, fils. (Marseille).
5 Ch. Godon. (Paris).
6 Siffre. id.
7 Dr J. Tellier. (Lyon).
8 Michaëls. (Paris).
9 Martinier. (Paris).
10 Schwartz. (Colmar).
11 D'Argent. (Paris).
12 Dr Sauvez. id.
13 A. Durand. (Lyon).
14 Crouzet. id.
15 Durand fils. id.
16 Bonnaric, Jules. id.
17 Gruter. (Besançon).
18 Peter Le Monier. (Nice).
19 Hess. (Montbéliard).
20 Rozenbaum. (Paris).
21 Coignard. (Tours).
22 Naudé. (Lyon).
23 Ducournau. (Paris).
24 Debray. (St-Germain-en-Laye).
25 Béret. (Montpellier).
26 Meng. (Paris).
27 Viau. id.
28 X.
29 Tournier-Daille. (Lons-le-Saulnier).
30 Dr Reboulet. (Lyon).
31 Dr Patrich. id.
32 X.

MM.

33 X.
34 X.
35 Mirabel. (Lyon).
36 Fleischmann. id.
37 Michaud.
38 L. Bouvier. (Lyon).
39 N. de Schwetchin. id.
40 X.
41 Gilbert. (Lyon).
42 Harwood. id.
43 Daclin père. (Chalon-sur-Saône).
44 Roquille. (Vienne).
45 Savarin. (Roanne).
46 Bonnaric, Eugène. (Lyon).
47 Erny (Élève à l'École dentaire).
48 Hubert. (Lyon).
49 Dupuy. (Pau).
50 Pothier.
51 Murgier. (Annecy).
52 Piault. (Lyon).
53 Reymond. id.
54 Fossez. (St-Etienne).
55 X.
56 Coquier. (Vienne-Isère).
57 X.
58 Pilloy. (Lyon).
59 Aubin. (Grenoble).
60 Ott. (Paris).
61 Bastien. (Lyon).
62 Boulez. (Élève à l'École dentaire)
63 X.
64 Guillot-Claudius. (Lyon).

MM.

65 Dr C. Tellier. (Lyon).
66 Stener. (Grenoble).
67 Lebars. (Lyon).
68 X.
69 Dr Guillot. (Lyon).
70 Breyton. (Maison Reymond, frères)
71 Dr Naggy. (Genève).
72 Alaux. (Toulouse).
73 Dietschy. (Besançon).
74 Ponce. (Lyon).
75 De Trey. (Bâle).
76 Mendelssohn. (Montpellier).
77 Mamelzer. (Paris).
78 Beltrami père. (Marseille).
79 Ravet-André. (Lyon).
80 Rohmer, A. id.
81 Daclin, A (Châlon-sur-Saône).
82 Fraissinet. (Maison Reymond, frères).
83 Pompeïn. (Lyon).
84 Nauche. (Annecy).
85 Garçon de la Faculté de Médecine.
86 Bouvet. (Angers).
87 Lecoultre. (Maison Roch, Marseille).
88 De Trey, fils. (Bâle).
89 Cartier. (Soc. chim. des Usines du Rhône).
90 Soulard. (Lyon).
91 Legrand. id.
92 Besset. id.
93 Berthet. (St-Genis-d'Aoste, Isère).
94 X.
95 Rousteau, garçon de la Fac. de M.

18e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.

Le présent numéro contient en supplément, une planche Hors texte.

A NOS LECTEURS

Nous sommes heureux d'offrir à tous nos abonnés, à titre de prime, la reproduction de la photographie prise au Congrès de Lyon. Nous y ajoutons un décalque indiquant le nom de chacun des congressistes.

N. D. L. R.



Travaux Originaux

LA SENSIBILITÉ DE L'IVOIRE DES DENTS. EMPLOI DU SULFATE DE QUININE

Par M. E. SCHWARTZ, de Nîmes.

Président de l'Association générale des dentistes du Sud-Est de la France.

Nous ne parlerons pas dans ces quelques lignes des causes de la sensibilité de l'ivoire, mais bien des moyens de la combattre.

De nombreuses tentatives sont toujours faites à cet effet, et ce serait pour notre art, si le problème était résolu, une belle découverte, dont l'utilité n'échapperait à aucun de nous.

Nous savons de longue date que le cautère, le nitrate d'argent, l'acide phénique cristallisé, donnent certains résultats ; mais leur emploi est dans bien des cas dangereux pour la pulpe

dans les caries un peu avancées, et c'est surtout pour ce genre de cavités qu'il s'agit de doter la science dentaire d'un remède, parce que la préparation de la cavité demande un temps opératoire assez long. Il n'en est pas de même des cavités peu profondes et peu étendues, que l'on peut arriver à nettoyer et à préparer en quelques instants, en employant une fraise neuve, bien appropriée à leur dimension et préalablement trempée dans l'acide phénique chaud. Ce qui est essentiel, c'est, dès que la fraise est introduite dans la cavité, d'exercer une très forte pression et d'accélérer le mouvement de rotation, car plus la pression sera forte, moins il y aura de douleur, tandis qu'au contraire, si l'on ne fait qu'éffleurer, chatouiller pour ainsi dire, l'ivoire, la sensibilité sera plus grande.

Ceci, nous le repétons, ne concerne que les caries peu étendues. Lorsqu'elles sont peu profondes, mais larges, semblables à celles qu'occasionnent les crochets sur les parois des couronnes, il faut un traitement. Le malade ne supporterait pas l'opération en cas de sensibilité, car la préparation en serait trop longue.

La cataphorèse semble avoir fait un pas sérieux et le *Bulletin de la Clinique Gratuite de M. Henry Giffard*, que nous venons de recevoir et de parcourir, est un excellent guide pour tous ceux qui veulent l'expérimenter ; des confrères éminents y donnent un avis favorable à ce procédé. Néanmoins, il y a des sujets chez lesquels les résultats sont négatifs et souvent très lents trop lents, même à se produire. C'est notre avis personnel, quant à présent du moins.

A chaque nouveau cas qui se présente, nous nous demandons comment nous allons faire pour diminuer ou détruire cette douleur, et, en présence d'une solution longue à obtenir et souvent négative, nous déplorons que cette question ne soit pas encore résolue d'une façon satisfaisante.

M. le Dr Herbst, de Brême, cet éminent chirurgien-dentiste, a dû, comme nous, se trouver en bien des circonstances embarrassé sur le choix de la méthode à adopter, en présence de l'hypéresthésie de l'ivoire.

Il ajoutait une si grande importance à la solution de ce problème qu'il offrit il y a deux ans (Voir *L'Odontologie,* 1896, page 694), un prix de 1.500 fr. au chirurgien qui trouverait un procédé ou un produit pour annihiler cette douleur. Il y mit, il est vrai, certaines conditions que nous taxerons d'impossibles à remplir, parce qu'il exigeait un produit *nouveau qui ne fût ni connu ni en usage*!!! Le montant du prix ne fut pas réclamé, car, pour le mériter, il faudrait peut-être la durée d'une existence humaine afin de chercher ce produit *nouveau* et de l'expérimenter.

La pharmacopée universelle est assez riche en produits naturels et chimiques pour nous fournir peut-être celui qui est tant désiré. Si nous en croyons les expériences faites par notre excellent ami et confrère M. Le Monnier, de Nice, nous avons sous la main cet agent qui nous a donné à nous-même des résultats inattendus, et nous proclamons avec M. Le Monnier que le *sulfate de quinine* possède la qualité de rendre insensible l'ivoire des dents.

Voici du reste la communication que notre confrère de Nice fit à notre réunion annuelle de l'Association générale des dentistes du Sud-Est en 1897, à Toulon.

Messieurs,

En février et mars 1887, à l'époque du tremblement de terre qui fut assez violent à Nice, j'eus l'occasion d'observer que plusieurs de mes clients étaient atteints d'une nervosité parfois telle qu'il m'était impossible de toucher les dents que j'avais à traiter.

L'emploi des médicaments habituellement en usage n'avait que peu d'efficacité. Leurs dents, principalement celles cariées au deuxième degré, restaient sensibles à l'excision, après l'emploi répété des caustiques, même en évitant cependant l'exagération qui, vous le savez, amène ordinairement pulpites et périostites.

Une de mes patientes fut prise, pendant le traitement qu'elle suivait pour ses dents, de névralgie générale de la tête et me fit dire qu'elle ne pouvait venir à l'heure fixée pour son rendez-vous.

Quelques jours après, elle revint à mon cabinet, et je pus toucher sa dent sans lui voir faire des soubresauts, comme elle en faisait ordinairement.

Elle avait, me dit-elle, absorbé force quinine pour sa névralgie.

L'idée me vint de conseiller à une autre cliente, également en traitement pour ses dents, et dont la sensibilité de l'ivoire était arrivée au

même degré d'exagération, de prendre deux jours de suite un cachet de 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le résultat fut le même chez cette seconde cliente, c'est-à-dire qu'il y eut aussitôt diminution de la sensibilité, au point que je pus obturer ses dents à sa prochaine visite.

Il semble donc que la quinine agissait sur la nervosité de mes clients, au point de diminuer l'irritation de la dent, et le traitement de l'état général semblait être plus efficace que le traitement local par les caustiques.

J'ai revu, quelques mois plus tard, ces mêmes personnes, mais dans un état normal. J'avais même oublié complètement cette particularité, quand, au commencement de cette saison, j'eus l'occasion de soigner une malade qui présentait les mêmes symptômes que mes clientes de 1887, c'est-à-dire irritation des dents avec nervosité de tout l'individu.

Le succès obtenu par le sulfate de quinine, il y a quelques années, me revint aussitôt à la mémoire, et je prescrivis un cachet de 50 centigrammes pendant deux jours.

Je fus agréablement surpris de trouver ma patiente, le lendemain, aussi calme et aussi docile que l'avaient été mes clientes de 1887.

J'ai pu, en ces derniers temps, renouveler maintes fois l'expérience, à tel point que je crois pouvoir affimer que le sulfate de quinine doit être classé parmi les médicaments pouvant rendre service au dentiste dans les cas analogues à ceux que je vous ai cités. Il donne des succès chaque fois que l'irritation de l'ivoire de la dent existe chez les sujets nerveux.

La quinine aidera, dans tous ces cas, l'opérateur qui, naturellement, devra continuer également les anesthésiques employés habituellement; mais ce médicament lui permettra une diminution dans la quantité des caustiques à employer. On évitera ainsi les accidents que peuvent provoquer ces anesthésiques employés en trop grande quantité.

D'un autre côté, ces faits viennent s'ajouter à tous ceux signalés en chirurgie et en médecine, démontrant que, dans les affections locales, l'état général a une importance considérable et que très souvent la médication doit chercher à agir, avant tout, sur l'état général.

Cette intéressante communication fit sensation parmi nos sociétaires. Nous eûmes un moment l'idée, après de nombreuses expériences dûment constatées dans les cliniques des écoles et dans les cabinets de nos confrères, que la prime offerte par M. le Dr Herbst pouvait échoir à notre sociétaire; mais nous ne le mîmes pas sur les rangs.

Depuis notre réunion de Toulon nous avons fait dans notre clientèle différents essais, suivant en cela les données de M. Le Monnier. Nous ne citerons pas de nombreux exemples ; mais l'un d'eux, très récent, est de nature à fixer l'attention de nos lecteurs.

Au mois de juin dernier, nous trouvant au bord de la mer, M. X..., négociant à Montpellier, que nous connaissions, nous annonça la visite prochaine de sa femme : « C'est un sujet très difficile à soigner ajouta-t-il ». Elle vint quinze jours après à la consultation de mon fils. C'est une personne maigre, nerveuse et impatiente qui venait de subir une opération des plus graves.

A l'examen, on constate que les quatre incisives supérieures, ainsi que quelques molaires, sont atteintes de caries du 2e degré; ces dents sont toutes d'une sensibilité exagérée au contact de la rugine, impossibilité d'en approcher une fraise; après bien des essais mon fils renvoya l'opération au surlendemain, croyant sa malade dans un de ses mauvais jours.

Lors de cette nouvelle visite les dents étaient tout aussi sensibles. A ce moment la patiente raconta que, pendant son séjour à Paris en avril et mai, elle avait voulu se faire soigner les dents et s'était présentée successivement chez cinq dentistes, qui, en présence de l'impossibilité de toucher ses dents, l'avaient congédiée. Elle ne fit pas d'autre tentative et revint sans avoir fait soigner sa bouche ; mais elle était résolue à le faire, cette fois.

Ce récit éveilla l'attention de mon fils, qui lui prescrivit trois cachets de cinquante centigrammes de quinine à prendre en quarante-huit heures. Son étonnement ne fut pas petit lorsque, le surlendemain, il constata que la sensibilité de l'ivoire avait entièrement disparu et, séance tenante, il obtura trois cavités ; les autres furent terminées dans l'espace de cinq jours pendant lesquels la malade prit un cachet chaque jour. Ce résultat inespéré est des plus probants, et nous engageons vivement tous les lecteurs de *L'Odontologie* à mettre à l'épreuve le sulfate de quinine à doses faibles chaque fois qu'ils auront un malade chez lequel il y aura impossibilité de toucher l'ivoire sans provoquer de douleur. Nous les prions, en outre, de nous adresser le résultat de leurs expériences, afin que nous puissions à un moment donné publier une statistique avec preuves à l'appui.

Nous ne saurions terminer cette note sans féliciter notre

ami M. Le Monnier de ses observations faites dans des circonstances où, à Nice, les gens et les choses étaient bouleversés.

NOTES CLINIQUES

DES ABCÈS GINGIVAUX D'ORIGINE EXTRA-DENTAIRE.

Par M. G. Gross,
Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

G.., jeune garçon de 15 ans, faiblement constitué, présente une tuméfaction de la grosseur d'une noisette sur la face antérieure de la gencive inférieure. La gencive est décollée, la languette inter-dentaire a disparu. La tuméfaction est douloureuse, violacée, avec au sommet, près du bord libre, un point blanchâtre qui indique que l'abcès va bientôt s'ouvrir en cet endroit. Le début de l'affection remonte à trois jours.

La muqueuse gingivale voisine est saine, avec, toutefois, un petit liseré rouge au bord libre ; elle est un peu décollée et ne sertit plus le collet des dents d'une manière par faite.

Les dents ne présentent pas de tartre, mais sont recouvertes de cet enduit gris blanchâtre qui indique le défaut de soins. Les dents antéro-inférieures sont saines, nulle trace de carie, coloration absolument normale; d'ailleurs à la percussion, même des deux incisives médianes qui avoisinent immédiatement la tuméfaction, il n'y a pas de sensibilité. Dans les antécédents je ne relève pas de chute sur la face ni de choc sur les dents antérieures. Les dents sont manifestement hors de cause.

D'autre part, il n'y a pas trace de corps étrangers : arête de poissons, esquille osseuse, etc...

Je fus embarrassé, non pour établir un diagnostic — celui d'abcès s'imposait — mais pour trouver la cause déterminante de cet abcès. A titre de dentiste j'ai peut-être le tort,

de rapporter, aux dents la pathologie de la bouche, et surtout toute la pathologie de la région gingivale. Aussi fus-je désappointé dans ce cas; je ne trouvais pas de cause. Je me contentai donc de traiter le symptôme, c'est-à-dire d'ouvrir l'abcès. Cette simple intervention suffit pour faire rentrer tout dans l'ordre; le surlendemain, il n'y paraissait plus.

Depuis ce cas j'en ai rencontré d'autres semblables et, me souvenant de mon embarras en présence du premier, de l'erreur de diagnostic, et, par suite, de traitement, que je faillis commettre dans un cas suivant, je me suis décidé à publier cette observation, afin d'attirer l'attention de mes confrères sur ce point.

Ce petit fait — l'abcès gingival d'origine extra-dentaire — n'a jamais été signalé, du moins je n'en ai jamais lu la description. Est-ce parce que c'est là un point de pratique trop minime pour mériter qu'on s'y arrête? La région gingivo-dentaire est notre domaine, comme le spécifie le Dr Tellier, domaine fort peu étendu; aussi est-il de toute nécessité que nous le connaissions parfaitement et minutieusement.

*
* *

L'abcès gingival d'origine extra-dentaire s'observe surtout chez les débilités, les cachectiques, les tuberculeux avancés. La question de terrain a ici une prédominance très marquée. M. Godon signalait au Congrès de Lyon l'observation d'un tuberculeux avancé qui avait eu consécutivement deux ou trois abcès gingivaux dans lesquels les dents n'étaient point en cause. Dans les autres cas que je connais je relève : un fumeur acharné dyspeptique, doté d'un mauvais état général; un enfant chétif; un arthritique très prononcé, peut-être diabétique, et sinon un tuberculeux, du moins un tuberculisable.

Au point de vue local cet abcès peut reconnaître comme cause, ainsi qu'un abcès de toute autre région, un traumatisme, une plaie, la présence d'un corps étranger,

amené par la mastication, une arête de poisson, une esquille osseuse...

Mais il est une cause plus fréquente qui résulte de la modification des rapports normaux entre la dent et la gencive qui n'est plus adhérente, mais est détachée sur une certaine étendue, comme on l'observe dans la pyorrhée alvéolaire, dans la gingivite chronique résultant du défaut d'hygiène.

J'attribue une grande importance pathogénique à ce décollement de la gencive : les produits infectieux pénètrent entre la dent et la gencive, y séjournent; les bactéries y pullulent et infectent le tissu gingival sus-jacent.

Comme fréquence, l'abcès gingival est très rare si on le compare à l'abcès dentaire ; je n'en connais que cinq cas : deux que je dois à l'obligeance de M. Godon et trois personnels.

L'abcès gingival d'origine extra-dentaire siège au sommet de la gencive, près du collet de la dent et non, comme l'abcès qui reconnaît pour cause une infection dentaire, profondément, en un point correspondant à l'apex des racines. Il est circonscrit ; du volume d'un gros pois, d'une noisette ; il a peu de tendance à se propager vers la profondeur, il évolue plutôt vers la surface. Il est douloureux, moins peut-être qu'un abcès dentaire. Le bord libre de la gencive est arrondi, globuleux, décollé, et, si l'on introduit un stylet entre la gencive et la dent, on voit que ce décollement s'étend assez loin. La dent voisine n'est pas douloureuse ; le malade peut et a toujours pu s'en servir pour manger ; elle n'est pas mobile, la percussion ne provoque pas de sensibilité. D'ailleurs, le plus souvent cette dent ne présente aucune carie ou ne présente qu'une carie non pénétrante.

Je n'ai jamais observé d'engorgement ganglionnaire dans l'abcès gingival, comme cela est si fréquent dans l'abcès dentaire.

Le *diagnostic* avec l'abcès dentaire est très important, car le traitement diffère absolument dans les deux cas. Ce diagnostic est parfois très délicat. L'*abcès dentaire* siège

en général plus profondément, la tuméfaction est plus volumineuse, plus diffuse, l'évolution est plus lente, la douleur plus marquée. Signe important : la percussion, qui décèle la périostite, est très vivement ressentie, du moins au début; dans l'abcès gingival elle est indolore.

J'ai dit que l'abcès gingival d'origine extra-dentaire existe souvent concurremment avec la pyorrhée alvéolaire ; cela est compréhensible, car dans cette affection se trouvent réunies les conditions locales et fréquemment les prédispositions générales les plus favorables à l'évolution de cet abcès. C'est dans ce cas que le diagnostic de la cause est le plus difficile. L'abcès reconnaît-il pour cause l'infection secondaire et la mortification de la pulpe dentaire,ou bien est-il dû seulement au décollement de la gencive et à l'accumulation de produits septiques entre elle et la dent ? Ceci n'est point une simple distinction de doctrine émise pour le plaisir de spécialiser ; le diagnostic différentiel est important, car dans le premier cas le traitement exige la trépanation et la désinfection de la cavité pulpaire, et une erreur pourrait faire trépaner une dent vivante, à pulpe saine. Le diagnostic se fera à l'aide des signes différentiels que je viens d'indiquer : siège de l'abcès, absence de périostite, etc...

La *marche* de l'abcès gingival se rapproche de celle de l'abcès dentaire ; seulement il évolue plus rapidement, le pus est plus vite rejeté au dehors, ayant moins de chemin à parcourir.

Le *pronostic*, au point de vue local, est des plus bénins ; je n'ai jamais remarqué de tendance à la diffusion ou à la généralisation. Il est bon toutefois de se rappeler que c'est fréquemment un signe de mauvais état général.

Le *traitement* curatif est des plus simples : il suffit d'ouvrir la poche purulente pour voir tous les symptômes disparaître. Le traitement prophylactique consiste en soins hygiéniques et comporte le traitement de la pyorrhée, si elle existe.



SOCIÉTÉS SAVANTES

4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

DES LÉSIONS DES DENTS ET DE LA MUQUEUSE GINGIVALE DANS LES DIVERSES DIATHÈSES

Rapport présenté par M. le Docteur JULIEN TELLIER,
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon,
Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

(Suite)

VI

Après ce résumé analytique des lésions de la région gingivo-dentaire en rapport avec les diverses diathèses, il y aurait place dans notre étude pour un essai de synthèse, portant, d'une part, sur la séméiologie générale des affections, d'autre part, sur leur pathogénie. En ce qui concerne la séméiologie générale, on devrait examiner successivement et isolément chacun des tissus qui composent la région, émail, dentine, cément, pulpe, ligament alvéolo-dentaire, tissus osseux, tissus muqueux, et grouper en des chapitres particuliers leur mode de réaction spéciale dans les diverses maladies que nous avons étudiées. Nous avons pensé qu'en agissant ainsi nous nous exposions à des répétitions nombreuses et peut être fastidieuses, outre que ce serait allonger démesurément une étude destinée, ne l'oublions pas, à être lue et discutée en séance publique. Mais, en ce qui concerne l'essai de pathogénie générale, si nous pouvons nous exprimer ainsi, nous avouons que ce ne sont pas des considérations du même ordre qui nous ont arrêté ; nous avons trouvé la tentative au-dessus de nos forces. Il y a dans les faits que nous avons exposés tant de notions obscures, tant de contradictions, tant de points particuliers qui appellent de nouvelles recherches, que nous croyons prématuré de chercher à synthétiser nos connaissances sur ces diverses questions. A ceux qui se sentiraient plus courageux que nous, nous signalerons une très honorable tentative dans cette voie faite par M. Michaëls (*Les affections dentaires dans quelques maladies des mâchoires, ostéite, nécrose phosphorée, cancer, Odontologie*, 1896, *p.* 737). Dans ce mémoire plein d'aperçus ingénieux, M. Michaëls développe incidemment d'in-

téressantes considérations sur la pathogénie des lésions dentaires que l'on rencontre chez les arthritiques et dans quelques cas d'ostéomalacie. Il signale chez des arthritiques et des diabétiques la résorption d'une partie plus ou moins grande de la racine des dents (cémentolyse), la pyorrhée et ses conséquences, la résorption du tissu osseux. « Pour expliquer ces différents phénomènes, dit-il, je les attribue à la dégénérescence du tissu périradiculaire par hyperacidité locale, et l'irritabilité pathologique spéciale des médullocèles et des myéloplaxes (du tissu spongieux des maxillaires) imbibés et saturés par les acides organiques agissant localement au voisinage des dents... Grâce à un acide organique, du reste variable, dont elles s'imbibent, les cellules du tissu médullaire des maxillaires, d'indifférentes deviennent nuisibles et acquièrent des propriétés chimiques particulières agissant sur les divers éléments qui entrent dans la constitution des dents (*Cémentolyse radiculaire*). » Ce sont là, on le voit, des hypothèses intéressantes et suggestives, et on ne peut que désirer, avec leur auteur, qu'elles fassent naître chez nos confrères le désir de recherches nouvelles. Plus modeste, nous nous contenterons, pour terminer notre rapport, de dire quelques mots sur les gingivites, la pyorrhée alvéolaire, les érosions, afin de rappeler quelques détails qui n'ont pu trouver place dans l'exposé ci-dessus.

Gingivite. — On observe fréquemment la gingivite dans le cours de certaines diathèses ; c'est là un fait certain. Mais l'inflammation de la gencive prend-elle, du fait même de l'existence d'un état général, des caractères objectifs spéciaux qui permettent de la rattacher à une maladie donnée, et à cette maladie seulement ? En un mot, y a-t-il spécificité de la lésion ? Peut-on décrire des gingivites diabétique, goutteuse, rhumatismale, scrofuleuse ou rachitique, en attribuant à chacune d'elles des symptômes assez nets pour établir un diagnostic différentiel précis, non seulement entre ces diverses formes, mais encore avec les gingivites reconnaissant une autre étiologie, quelle qu'elle soit ? Pour notre part, nous n'hésitons pas à répondre par la négative ; il est peut-être utile, au point de vue didactique, de chercher à établir des classifications de la gingivite, en se basant soit sur l'étiologie, soit sur l'anatomie pathologique; au point de vue clinique, la tentative est restée sans résultat.

Dans un travail récent et fort consciencieux sur les gingivo-stomatites et le polymicrobisme buccal, Lebedinsky cherche à établir qu'il existe une gingivite spécifique et une gingivite septique ; la première est, dit-il, une affection qui n'est qu'une manifestation d'une maladie générale et qui a le même agent pathogène spécifique, connu ou inconnu, que la maladie générale qui lui a donné naissance (syphilis tuberculose, maladies aiguës) ; et il appelle gingivites septiques toutes les infections primitives ou secondaires de la gencive qui ont pour

agent le polymicrobisme buccal (pyrexies, diabète, albuminurie, intoxications, etc.). La distinction est subtile, mais ne nous paraît pas justifiée ; comme il l'écrit en contradiction avec lui-même, la bactériologie n'a pas encore révélé l'existence d'une seule espèce microbienne spécifique dans les diverses gingivites, qui sont toutes fonctions du polymicrobisme buccal. A l'état normal, il y a équilibre biologique dans le milieu buccal, d'une part, entre l'action (en puissance) des micro-organismes et les moyens de défense de ce milieu ; cet équilibre peut être rompu sous l'influence d'une cause quelconque, les moyens de défense deviennent insuffisants ; les tissus, la gencive en particulier, offrent un terrain favorable à l'action des micro-organismes ou de leurs produits de secrétion ; la gingivite se constitue, voilà tout ce qu'on peut dire sur l'enchaînement des faits ; il n'y a pas de gingivite spécifique, au sens vrai du mot.

Une fois établie, l'inflammation peut passer par diverses phases : érythémateuse, exsudative, ulcéreuse, fongueuse ou gangréneuse ; la marche de l'affection affecte des allures plus ou moins aiguës, plus ou moins lentes, toujours en rapport, probablement, avec le degré des fermentations microbiennes, la prédominance de l'action de telles ou telles espèces ou les modifications de terrain dues à un état général variable, lui aussi, suivant les cas et suivant les circonstances.

M. Buisseret (*Odontologie*, 1893) a cherché dans une étude sur la pathogénie des gingivites, à établir les conditions anatomiques favorables à la production de l'inflammation des gencives : « L'irrigation sanguine, dit-il, y est assurée surtout par des capillaires, partant elle est très lente ; cette disposition anatomique est très favorable à la pathogénie inflammatoire, surtout au niveau du cul-de-sac alvéolaire, à cause de l'incurvation brusque des vaisseaux ; cette particularité anatomique doit entrer aussi en ligne de compte dans la série des facteurs producteurs de la gingivite dite expulsive. » En somme, on peut encore dire avec MM. Richard-Chauvin et Papot que la question est posée, mais non résolue.

Pyorrhée alvéolo-dentaire. — Parmi les manifestations diathésiques de la région gingivo-dentaire, c'est la pyorrhée alvéolaire qui, avec la gingivite, est observée le plus souvent. La fréquence même de cette affection dans l'arthritisme a porté nombre d'auteurs, après Magitot, à la considérer toujours et uniquement comme une lésion arthritique ; en particulier, Th. Guyot s'est appliqué à défendre cette opinion, en en rattachant l'apparition à l'action sur la région gingivo-dentaire d'un parasite encore à isoler et spécifique de l'arthritisme ; l'hypothèse est fort séduisante, mais rien n'est encore venu lui donner appui. C'est en partant de cette hypothèse qu'on a voulu représenter la pyorrhée alvéolo-dentaire comme une maladie héréditaire ; ce qui est héréditaire, c'est le tempérament morbide, c'est la diathèse, l'arthritisme dans le

cas particulier, la prédisposition à contracter un certain nombre d'affections de la même famille, mais non la maladie elle-même.

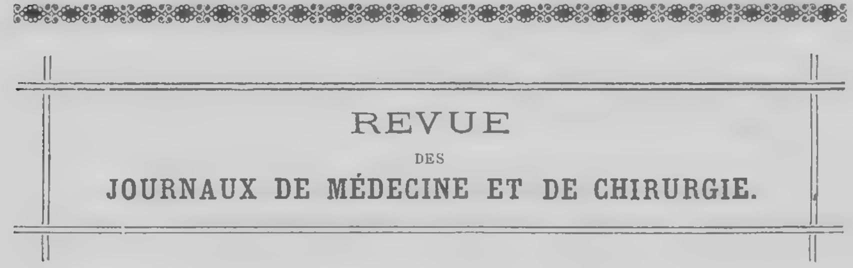
Nous ne croyons pas qu'on puisse établir, en s'appuyant sur des observations bien prises, qu'il y a une forme de pyorrhée alvéolaire, dont les symptômes, la marche, la terminaison, l'allure clinique en un mot, permettent d'affirmer qu'elle doit être rattachée à une cause générale et que cette forme est différente de la pyorrhée alvéolaire observée chez des individus où l'on ne trouve pas d'autre cause de l'arthrite alvéolaire que la présence du tartre en grande abondance, par exemple. Ce que nous voulons affirmer par là c'est qu'il n'y a pas une pyorrhée, mais des pyorrhéiques; que la pyorrhée des arthritiques ne diffère pas essentiellement de la pyorrhée d'origine locale (tartrique) ou d'origine tabétique (en sa période d'état tout au moins ; pour la période du début, c'est différent) ; que cette maladie existe avec les mêmes caractères généraux, la même résistance aux moyens thérapeutiques chez des individus qui ne sont ni des arthritiques ni des descendants d'arthritiques, chez lesquels on ne peut trouver aucune trace de maladie générale, en somme chez des individus tout à fait bien portants.

Sans vouloir entrer dans la discussion de la pathogénie si discutée de la pyorrhée alvéolaire, nous dirons seulement qu'en ce qui nous concerne, nous sommes tout disposé à nous rattacher aux idées de M. Galippe et à croire à la nature infectieuse et parasitaire de la maladie, sans souscrire toutefois à toutes les conclusions de cet éminent observateur, particulièrement en ce qui concerne la nature contagieuse de la pyorrhée. Nous sommes porté à la considérer comme une suppuration locale, dont la cause se trouve dans la virulence exceptionnelle de certaines des espèces microbiennes de la cavité buccale et dans les modifications de la résistance des tissus de la région gingivo-dentaire, que cette diminution dans la force de résistance soit due à une cause générale, telle que l'arthritisme ou la scrofule, à une lésion perverse, comme l'ataxie locomotrice, à la présence persistante de dépôts tartriques s'insinuant entre la gencive et la dent et permettant aux micro-organismes d'agir d'une façon continue sur le ligament alvéolaire, ou à une cause encore inconnue. Quelle que soit la pathogénie, les symptômes de l'arthrite infectieuse ne diffèrent pas sensiblement : c'est pour cette raison que nous ne ferons pas de description de la pyorrhée d'origine arthritique. Tout au plus peut-on dire que l'on observe parfois chez les rhumatisants des manifestations douloureuses, localisées soit à la gencive, soit à la dent ; ces douleurs, très variables dans leur intensité et leur marche, s'observent également chez des nerveux ; elles ne sont pas caractéristiques de la pyorrhée chez les rhumatisants ou d'une façon plus générale chez les arthritiques.

Dans chaque cas de pyorrhée il y a trois facteurs à considérer (Miller) : les circonstances prédisposantes (qui diminuent le degré de résistance des tissus, en particulier les diathèses) les irritations locales, les bactéries. Sommes-nous actuellement en état d'établir ce qui revient à chacun de ces trois facteurs dans l'apparition de la maladie ? Encore que les hypothèses émises sur ces diverses questions reposent sur des faits de plus en plus nombreux, nous croyons devoir rester dans la réserve en ce qui concerne la pathogénie de la gingivite expulsive, faute de pouvoir arriver à des conclusions suffisamment fermes.

Erosion. — Les hypothèses émises sur la pathogénie de l'érosion ne peuvent être développées dans cette étude, qui n'est pas un travail d'ensemble sur ce genre de lésion. Nous rappellerons seulement qu'au point de vue anatomo-pathologique, elle est constituée par l'amincissement ou l'absence de l'émail au point lésé ; dans le cas d'amincissement seul, on constate en même temps une disposition vicieuse des prismes, et peut-être aussi des modifications de composition chimique du tissu (?). La dentine peut être à nu ; elle présente en tout cas, au niveau de l'érosion, des lésions décrites par Magitot et caractérisées par la présence, au milieu de dentine saine, de globules dentinaires et d'espaces interglobulaires plus nombreux qu'à l'état normal et affectant une disposition particulière.

L'ensemble de ces modifications anatomiques paraît être la conséquence d'un trouble ou d'un arrêt dans la calcification des germes dentaires, dont l'apparition est rapportée à une maladie de l'enfance ayant existé au moment où s'est fait ce travail de calcification.



REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE LA LANGUE [1]

I. — Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le Pr P. Berger

Le diagnostic différentiel des ulcérations linguales est toujours délicat, souvent difficile, et même parfois impossible à faire d'emblée. Nous en voyons la preuve chez une femme de la salle Lisfranc qui présente à notre observation des lésions de la langue sur la nature

1. Leçon recueillie par le Dr Sicard de Plauzoles, revue par le professeur.

desquelles nous ne pouvons être encore fixé d'une façon certaine.

Cette femme était entrée dans un service de médecine pour une affection de l'appareil cardio-vasculaire ; d'autre part, elle se plaignait depuis assez longtemps déjà de douleurs en mangeant, de douleurs et de gêne dans la phonation, d'une salivation abondante, douleurs, gêne et salivation ayant pour cause des ulcérations multiples de la langue. La constatation de ces lésions d'ordre chirurgical détermina le passage de cette malade dans notre service.

Au premier abord le diagnostic semble des plus simples. Sur le bord latéral droit de la langue on découvre deux ulcérations à fond grisâtre, régulières, séparées l'une de l'autre par un petit espace de muqueuse intacte, qui reposent sur une masse indurée, une sorte de tuméfaction dure, mamelonnée, de quatre centimètres de long environ.

La première idée qui vient à l'esprit est celle d'épithélioma, de cancer ulcéré de la langue.

Mais l'épithélioma de la langue est exceptionnel chez la femme : je n'en ai rencontré, pour ma part, que quatre cas, au cours d'une pratique déjà longue ; et cette rareté doit faire naître une suspicion légitime vis-à-vis de ce diagnostic.

D'autre part, la lésion que nous observons chez notre malade ne présente pas les caractères ordinaires d'une tumeur épithéliale. Nous trouvons ici de l'induration plutôt qu'une tumeur véritable faisant corps sur la partie latérale de la langue. Les tumeurs cancéreuses s'infiltrent dans le corps de la langue, et peu d'épithéliomas présentent ce caractère d'une induration ne pénétrant pas dans l'épaisseur charnue de la langue.

Une autre circonstance encore doit augmenter nos doutes : c'est que les ulcérations que présente la langue de notre malade sont multiples. On voit rarement cela dans le cancer, et la multiplicité des ulcérations vient à l'encontre du diagnostic d'épithélioma.

L'aspect même de ces ulcérations n'est pas celui que présente ordinairement l'ulcération cancéreuse de la langue.

L'ulcération de l'épithélioma est généralement creusée ; c'est une perte de substance à pic, profonde, anfractueuse ; c'est un trou au fond duquel on voit des bourgeons rouges, baignés par un pus sanieux grisâtre, qui saignent facilement au moindre contact. Chez notre malade, les ulcérations ne sont pas creusées, leur fond est lisse, uni, et ne présente aucun saignement. Nous sommes donc en présence d'un ensemble de caractères très différents de ce que nous observons dans l'épithélioma ulcéré de la langue.

Pourtant, à côté des cas typiques d'épithélioma, on rencontre des cas où les signes classiques font défaut ; et nous pourrions croire que nous avons affaire, chez notre malade, à une de ces variétés

rares, si l'absence de leucoplasie buccale ne devait éloigner le diagnostic d'épithélioma à forme anormale.

Dans le vestibule de la bouche, au voisinage du frein de la langue, nous trouvons encore une ulcération blanchâtre, lisse, peu douloureuse et ne saignant pas, siégeant sur une induration ressemblant à un condylome et reposant sur la face postérieure de la lèvre inférieure. D'autres petites ulcérations s'observent au niveau des commissures ; enfin, sur la voûte palatine se rencontre une lésion bizarre, qui s'étend du milieu de la voûte, sur le voile du palais, jusqu'à la luette, caractérisée par un épaississement de la muqueuse qui est mamelonnée et sillonnée de fissures. Aucune de ces lésions ne présente les caractères de l'épithélioma.

Dans l'épithélioma de la langue, on observe un engorgement ganglionnaire caractéristique, ne présentant d'ordinaire qu'un ou deux petits ganglions, durs, isolés, mobiles, roulant sous le doigt, voisins de la corne de l'os hyoïde ; plus tard, ces ganglions grossissent et se confondent en une masse volumineuse.

Chez notre malade, nous trouvons un engorgement polyganglionnaire en chaîne, extrêmement multiple indolent, souple, qui ne rappelle en rien l'adénopathie cancéreuse.

Nous devons donc éloigner définitivement le diagnostic d'épithélioma.

Sommes-nous en présence de lésions syphilitiques ?

Le chancre syphilitique doit être d'abord mis de côté, parce que les lésions que nous observons sont multiples, et que le chancre infectant est toujours unique.

L'hypothèse d'une infection syphilitique secondaire serait assez séduisante ; elle correspondrait bien aux caractères des lésions que présente notre malade ; mais les plaques muqueuses de la syphilis secondaire, les syphilides ulcéreuses, ne présentent jamais d'induration semblable à celle que nous rencontrons ici sur le bord de la langue.

Quant aux lésions syphilitiques tertiaires, elles offrent un aspect bien différent de ce que nous voyons chez notre malade.

Les gommes se présentent sous la forme de tumeurs véritables, offrant des caractères qui les rapprochent des tumeurs fluctuantes, abcès froids, lipomes, de la langue.

Lorsque ces gommes s'ouvrent, elles donnent naissance à des ulcérations profondément excavées, à bords taillés à pic, à fond jaunâtre, bourbillonneux. Les gommes de la langue se présentent donc, soit sous forme de tumeurs, solides ou fluctuantes, non ulcérées, soit, lorsqu'elles se sont ouvertes, sous forme d'ulcérations profondes, presque indolores. La langue acquiert parfois dans la syphilis tertiaire une dureté ligneuse s'étendant à la plus grande

partie de l'organe ; elle présente une surface mamelonnée, fissurée et des ulcérations multiples.

Ce que nous observons chez notre sujet est tout différent.

Enfin, nous découvrons, sur la face dorsale et sur la face inférieure de la langue, une lésion qui va nous mettre sur la voie du diagnostic. Ce sont de petits points blanchâtres, assez semblables à des grains de tapioca ou de sagou incomplètement cuits et qui éveillent immédiatement en nous l'idée de tuberculose linguale.

Les lésions tuberculeuses de la langue sont rares.

Bryson-Delavar, dans un travail sur la tuberculose buccale, lu au Congrès de laryngologie de Philadelphie en 1886, n'a pu en réunir que 47.

Les ulcérations tuberculeuses de la langue sont tantôt primitives, lorsqu'elles surviennent chez un sujet indemne de toute autre atteinte tuberculeuse, tantôt secondaires, et elles sont alors le plus souvent le résultat d'une inoculation locale par les crachats tuberculeux.

Julliard (de Genève), en 1865, a attiré un des premiers l'attention sur les lésions ulcéreuses de la langue chez les tuberculeux ; mais il les considérait comme des ulcérations simples survenant au cours de la tuberculose pulmonaire et tenant à l'état cachectique du malade [1].

Trélat, en 1870, découvrit enfin la nature réelle de ces ulcérations : l'examen histologique démontra qu'il s'agissait de véritables ulcérations tuberculeuses, et Trélat traça de la tuberculose linguale une description magistrale à laquelle on a peu ajouté, et que des observations nouvelles n'ont fait que confirmer [2].

Depuis, Duplay, Reclus ont décrit dans leurs leçons cliniques les caractères précis de l'ulcération tuberculeuse de la langue.

Rarement les ulcérations tuberculeuses de la langue détruisent profondément les tissus ; les bords en sont irréguliers, polycycliques, à contours géographiques (Reclus) nettement découpés, quelquefois taillés à pic, mais profondément, et souvent de niveau avec le fond même de l'ulcération. Ce fond est parfois lisse et uni, mais presque toujours anfractueux, mamelonné, d'une coloration générale grisâtre, quelquefois rouge, ecchymotique, recouvert par places de détritus jaunâtres. La plaque ulcérée siège rarement sur une base indurée, mais quelquefois elle repose sur une zone atteinte de glossite interstitielle déterminant une induration notable assez étendue.

Ce qui est absolument caractéristique de la tuberculose linguale, ce sont les petits points jaunâtres, discrets ou confluents, semés autour de l'ulcération, dont Trélat a signalé la valeur pathognomo-

---

1. Julliard, *Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phtisie pulmonaire*. Thèse de Paris, 1865.

2. Trélat, *Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche*. Arch. générales de méd. Paris, 1870.

nique, et qui sont justement appelés *points jaunes de Trélat*. Ces points jaunes s'ulcèrent à leur tour, et les petites ulcérations périphériques, grandissant peu à peu, s'unissent pour l'accroître à l'ulcération principale.

Les phénomènes fonctionnels sont ceux qui ont attiré l'attention de notre malade : salivation, gêne de la déglutition et de la phonation, douleurs spontanées ayant pour siège la langue et irradiées dans l'oreille.

On peut rencontrer à la langue d'autres types de lésions tuberculeuses. A côté de l'ulcère tuberculeux de la langue on observe le lupus ; mais le diagnostic en est facile, car il coexiste toujours avec du lupus des fosses nasales et de la face. On observe encore des gommes tuberculeuses, des tuberculomes de la langue. Les tumeurs se développent dans l'épaisseur du corps charnu de l'organe, restent longtemps indépendantes de la muqueuse ; elles sont molles, fluctuantes et finissent par s'ouvrir en dehors. La forme la plus fréquente de la tuberculose linguale est l'ulcère tuberculeux de Trélat.

Avons-nous donc affaire chez notre malade à un épithélioma, à une lésion syphilitique ou à une tuberculose ulcéreuse ?

Nous avons trouvé au pourtour des ulcérations deux ou trois des petits points jaunes caractéristiques décrits par Trélat ; mais si ces points sont caractéristiques, la forme des ulcérations n'est pas la forme classique polycyclique de l'ulcère tuberculeux de la langue. Il est vrai qu'on a vu des cas qui s'éloignaient beaucoup de ce type classique, mais la description de Trélat s'applique à l'immense majorité. Nous voilà donc en présence d'un cas très difficile, et nous ne pouvons poser le diagnostic de tuberculose qu'en faisant des réserves et sous bénéfice d'inventaire.

Il est presque impossible, d'après Fournier, d'établir le diagnostic différentiel de l'ulcère tuberculeux d'avec les manifestations ulcéreuses de la syphilis ; il y a peu de compte à faire de leurs caractères objectifs, et le diagnostic dans le plus grand nombre des cas ne peut être établi que sur des considérations générales, telles que les commémoratifs d'accidents syphilitiques antérieurs et la constatation d'accidents actuels, ou l'existence chez le malade d'une tuberculose généralisée.

Dans les cas douteux le traitement spécifique sert de pierre de touche.

Nous ne relevons chez notre sujet aucun antécédent syphilitique. Notre malade, au contraire, présente quelques signes de tuberculose au début ; elle présente de nombreux ganglions ; elle présente au pourtour des ulcérations linguales quelques points jaunes de Trélat, et malgré la régularité du contour de ses ulcérations, nous pensons que nous sommes en présence d'une tuberculose ulcéreuse.

Nous allons contrôler notre diagnostic en ordonnant le traitement spécifique : mercure et iodure de potassium.

Ce traitement peut ne pas réussir dans la syphilis linguale invétérée ; mais chez notre malade la lésion locale est encore peu de chose, l'état général est assez bon pour voir les lésions céder au traitement spécifique si elles sont syphilitiques.

Enfin, l'examen direct des produits pathologiques sera pratiqué. Dans ce but nous avons excisé une portion des tissus néoplasiques voisins du frein de la langue ; on fera des cultures, on inoculera ces cultures à des animaux ; si la tuberculose expérimentale se développe chez eux, le diagnostic posé sera pleinement confirmé. Nous pourrons encore recourir à l'examen histologique.

Ce n'est que par ces moyens que nous pourrons arriver à parfaire le diagnostic et à instituer le traitement, si le diagnostic de tuberculose est confirmé.

Chez un sujet indemne de toute lésion tuberculeuse viscérale, l'extirpation du foyer tuberculeux s'impose. C'est le seul traitement qui puisse entraîner une guérison définitive.

Il ne peut être question d'opération radicale dans le cas particulier qui nous occupe, vu l'affection cardio-vasculaire dont notre malade est atteinte, et les signes manifestes de tuberculose pulmonaire qu'elle présente d'autre part. Notre thérapeutique sera donc seulement palliative : le traitement se bornera à des applications locales, à des cautérisations au thermocautère, à des soins d'hygiène de la bouche, indépendamment du traitement général auquel devra être soumise la malade.

Le pronostic varie suivant que la tuberculose linguale est primitive ou secondaire. Lorsqu'elle est le résultat d'une tuberculose généralisée, ou d'une infection par les crachats chez un individu atteint de tuberculose pulmonaire, il ne peut y avoir d'espoir de guérison. Au contraire, si la tuberculose buccale est primitive, le pronostic est relativement bon, tant au point de vue de la guérison locale que de la santé générale du malade. Mais ici nous sommes vraisemblablement en présence d'une tuberculose de généralisation ; il ne peut donc y avoir que bien peu de chance de guérison.

(*La médecine moderne.*)

II. — Influence des adénoïdes sur les déviations du squelette d'origine ostéo-malacique ou tuberculeuse ; indications thérapeutiques.

Par le Dr M. Bilhaut.

Je suis convaincu que les tumeurs adénoïdes dans le naso-pharynx constituent, chez les sujets qui en sont porteurs, une cause de déchéance

organique. Je fais abstraction bien entendu des cas où il ne s'agit que de lésions rudimentaires, car ils sont insuffisants à prouver quoi que ce soit.

Chez les malades atteints de tumeurs adénoïdes, nous savons aujourd'hui qu'il existe communément des lésions du squelette, que ces lésions se retrouvent plus particulièrement au voisinage du naso-pharynx, où elles ont été décrites avec beaucoup de soin, et il nous suffit maintenant de trouver la voûte palatine en ogive, l'irrégularité dans le rangement des dents, soit au maxillaire supérieur, soit au maxillaire inférieur, pour que nous soyons amenés à faire, *a priori*, le diagnostic de tumeur adénoïde.

Ces déformations des maxillaires sont la conséquence de ces tumeurs.

Nous savons aussi que ces malades ont l'air hébété, non seulement parce qu'ils ont la bouche constamment ouverte, mais parce qu'en réalité leur intelligence subit certaines modifications. Dans les cliniques, il ne peut nous échapper que, pour juger de l'intelligence, il ne faut pas seulement considérer l'esthétique de ces malheureux, mais admettre qu'il existe, sous l'influence des adénoïdes, certaines modifications du côté des centres nerveux.

Cela posé, nous pouvons nous demander jusqu'à quelle limite peuvent se produire les modifications du squelette chez les adénoïdiens. Il est permis aussi de se demander si la porte ouverte aux micro-organismes de l'extérieur, par les érosions qui siègent dans le tissu friable à aspect framboisé des végétations adénoïdes, peut dans certains cas servir de porte d'entrée certaine au bacille de la tuberculose. Nous y reviendrons plus tard.

Déjà les anciens ont apporté une grande attention aux modifications du squelette du thorax chez les malades porteurs d'amygdales hypertrophiées, et nous devons en particulier à Dupuytren une excellente description du thorax *en sablier*, déviation que nous rencontrons assez communément. Cet auteur admettait qu'à côté des cas où le rachitisme pouvait être manifestement invoqué, parce qu'il se traduisait par le chapelet chondro-sternal, l'incurvation des membres inférieurs (tibia en lame de sabre) et par l'augmentation de volume des épiphyses (poignets noués), il y avait toute une catégorie de malades chez lesquels il n'existait qu'une déformation semblant produite par la constriction qu'aurait exercée une ligature solide, enroulée autour du thorax et à son milieu, et cela sans rachitisme concomittant. Il admettait en principe que la pénétration de l'air dans les cavités pulmonaires était ralentie par l'augmentation de volume des amygdales.

La nécessité pour le patient de faire des efforts pendant lesquels le diaphragme se contractait avec plus d'énergie déterminait à la partie moyenne du thorax, c'est-à-dire au niveau des insertions supérieures

du diaphragme, cet enfoncement si caractéristique. Peu à peu la déformation devenait permanente et constituait le thorax en sablier.

La partie supérieure en est évasée au niveau de la région claviculaire; il en est de même de l'extrémité inférieure ou diaphragmatique.

Nous savons combien il est fréquent de voir l'hypertrophie des amygdales accompagnée de tumeurs adénoïdes ; et l'ablation des amygdales n'est souvent que le premier temps d'une intervention qui, pour être complète, doit avoir comme second temps le nettoyage du nasopharynx par la suppression des adénoïdes anormalement développées.

A côté des observations très remarquables de Dupuytren, il faut citer comme déviation thoracique commune, chez les malades atteints d'hypertrophie des amygdales et concurremment d'adénoïdes, la voussure de la colonne dorsale, et, par surcroît, la déviation des organes qui s'y attachent, « côtes et sternum ». C'est ainsi qu'il m'est souvent arrivé de constater que la cyphose dorsale chez les enfants, que la déformation du sternum en carène s'est produite assez communément en dehors de la déformation en sablier. Mais, chose particulièrement intéressante et qui m'a bien frappé, c'est que toutes ces lésions peuvent se rencontrer chez des sujets non rachitiques, mais purement et simplement atteints d'hypertrophie adénoïdienne.

J'ai donc rencontré chez des malades atteints de déformation du rachis sous forme de lordose, de cyphose et de scoliose, non seulement l'hypertrophie des amydales, mais encore et surtout la présence de tumeurs adénoïdes. J'ai vu des malades déviés chez lesquels il n'existait que des adénoïdes hypertrophiées, sans développement anormal des amygdales. Cela ne permettrait pas cependant d'admettre qu'il y eût eu chez ces malades des relations de cause à effet, si la thérapeutique que j'ai appliquée n'était venue donner à cette opinion une confirmation qui me paraît être aussi complète qu'il est possible.

Presque tous les cyphotiques ont des adénoïdes.

Au point de vue des résultats du traitement, ces malades sont extrêmement intéressants; lorsque la déviation n'est pas définitivement fixée, c'est-à-dire lorsqu'il n'est pas encore survenu de modifications du côté du squelette faisant obstacle à la correction, comme chez les scoliotiques qui n'en sont qu'à la phase d'attitude, je vois la guérison des adénoïdes s'accompagner de correction spontanée, sans qu'il soit nécessaire de recourir ni à la gymnastique ni au massage ni à l'administration des analeptiques que nous conseillons d'administrer sous forme de phosphate de soude, de chaux, etc.

Je précise donc très nettement : j'ai constaté des corrections de scolioses au début, sous la seule influence de la guérison des adénoïdes.

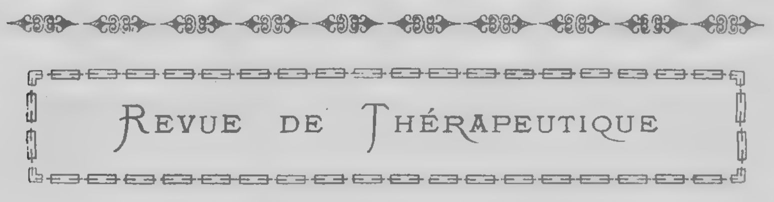
J'ai obtenu de même des guérisons de cyphose dorsale et de lordose lombaire par la seule ablation des adénoïdes hypertrophiées ou par la

suppression des amygdales et des adénoïdes, quand il y avait association des deux lésions.

Aujourd'hui, j'ai acquis cette conviction : plus souvent qu'on ne pense il existe une relation intime entre la déviation du thorax et l'hypertrophie adénoïdienne qui vient parfois compléter l'hypertrophie amygdalienne.

Si l'on ne porte pas à ces lésions l'attention qu'elles méritent, il ne faut s'en prendre qu'à la date relativement récente de la découverte des tumeurs adénoïdes.

Il faut cependant constater qu'il est difficile de faire pénétrer dans certains esprits des idées nouvelles : c'est pour cela sans doute que nous voyons des cliniciens volontairement réfractaires à des faits d'observation journalière. Il faut, enfin, accuser l'insuffisance de l'examen médical, soit qu'il résulte des notions incomplètes enseignées jusqu'à ce jour, soit qu'il se rattache au peu d'importance que l'on donne dans l'enseignement des Facultés aux affections qui sont du ressort de l'orthopédie. *(L'Actualité médicale.)*



Moyen d'insensibiliser la dentine.

Poser dans la dent une boulette de coton imbibé d'huile de girofles, recouvrir avec un morceau de ouate saturée de vernis à la sandaraque et l'y laisser cinq jours ; répéter l'opération. Appliquer ensuite du chloroforme avec un tampon de ouate pendant 3 ou 4 minutes. Avec une rugine mince on peut alors enlever toute carie neuf fois sur dix sans douleur. (*Southern Dental Journal*).

Sirop de Dentition.

Bromure de sodium		50 centigrmmes.
Eau de fleurs d'oranger	ãã	30 grammes.
Sirop d'éther		
Eau distillée		120 —

Badigeonner les gencives de l'enfant avec la mixture après l'allaitement.

Recherche de l'eucaïne dans la cocaïne.

Pour découvrir l'eucaïne frauduleusement ajoutée à la cocaïne, dissoudre dix grains de sel suspect dans 50 centimètres cubes d'eau, ajouter deux gouttes d'eau ammoniaquée. Si la cocaïne est exempte

d'eucaïne, le liquide reste clair quand même quelques cristaux se déposeraient ; s'il y a de l'eucaïne, la solution devient floconneuse ou lacteuse.

(*International Dental Journal*).

Un de nos confrères nous communique l'entrefilet suivant ; nous serions très heureux d'avoir des renseignements sur ce traitement quelque peu singulier.

La pulpoblastie et le traitement rationnel de la carie dentaire.

M. Van Blaeren. Dans les cas où il y a pulpite et où l'on ne peut pas fraiser, puis fermer la dent, M. Van Blaeren préconise l'emploi d'un pansement occlusif provisoire. Il se sert à cet effet d'une substance, la *pulpine* (extrait gélatineux de la pulpe de dents de veaux et de moutons, additionné de salol), que lui prépare M. Verhas, chef du laboratoire à l'hôpital de Saint-Josse. Cette substance est facilement résorbable. On en recouvre la pulpe malade. On bouche ensuite la cavité avec un ciment que l'on enlève après plusieurs semaines. On remarque fréquemment que la pulpine a été complètement résorbée et que la pulpe guérie permet de fraiser et boucher définitivement la dent. M. Van Blaeren signale plusieurs observations personnelles, notamment des cas de guérison survenue malgré la présence d'une fistule alvéolo-gingivale.

(*La Presse médicale*, 31 *août* 1898.)

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE DU CONSEIL DE DIRECTION DU 25 OCTOBRE 1898.

M. le Président donne lecture de la lettre suivante de l'Académie de Paris.

Paris, le 21 octobre 1898.

Monsieur le Directeur,

J'ai communiqué à M. l'inspecteur d'Académie Fringuet, chargé du

service de l'enseignement supérieur libre, votre rapport du 15 courant concernant MM. B..., C..., D..., F..., G..., et M..., élèves à l'Ecole dentaire du boulevard, qui ont fait transférer leurs dossiers dans votre établissement.

Conformément à son avis, vous pouvez délivrer à ces étudiants, le 15 novembre prochain, l'inscription qui leur a été refusée au mois de juillet dernier, à condition de justifier de la complète exécution des travaux pratiques annuels.

Veuillez aviser les intéressés

Recevez, etc.

Le vice-recteur,
Signé : GRÉARD.

M. le Président expose ensuite la situation particulière dans laquelle se sont trouvés ces élèves.

A la suite de promesses qui leur avaient été faites ailleurs, paraît-il, ils ont quitté l'Ecole dentaire de Paris, au mois de juin 1898, pour échapper à l'obligation de fournir le nombre réglementaire de travaux pratiques annuels et se soustraire aux examens de fin d'année imposés par les règlements, espérant obtenir leur 12e inscription dans un autre établissement, sans remplir ces conditions. Mais l'Académie de Paris a annulé les inscriptions qui leur avaient été délivrées par le dit établissement comme irrégulières, de sorte que ces élèves, reconnaissant qu'ils avaient été trompés — trop tard toutefois pour se présenter à la session de juillet — ont demandé à rentrer à l'Ecole dentaire de Paris en octobre. Le cas a été soumis à l'Académie de Paris, qui a répondu par la lettre ci-dessus.

Des faits semblables s'étant déjà produits à l'Ecole odontotechnique, qui impose à ses élèves les mêmes obligations que l'Ecole dentaire de Paris, *M. le Président* estime nécessaire de porter ces faits à la connaissance des étudiants pour les mettre en garde contre de pareils entraînements.

Il donne à ce propos lecture d'une lettre de l'élève B... qui se trouvait dans ce cas, lettre qui se termine par la phrase suivante : « Reconnaissant à mes dépens que je me suis laissé entraîner dans une impasse déloyale, je vous prie de croire à mes sincères regrets. »

Des observations sont présentées par divers membres.

M. Sauvez dépose l'ordre du jour suivant :

« En présence des faits regrettables qui lui sont signalés, le Conseil de direction décide que ces faits seront rendus publics, de façon à éviter aux élèves intéressés des mécomptes semblables. »

Cet ordre du jour, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Pour extrait conforme :

Le secrétaire général,
P. MARTINIER.

Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle.

A PROPOS DES EXPERTISES

M. Vasseur, critiquant l'article de M. Francis Jean inséré, sous ce titre, dans *L'Odontologie* du 15 septembre, s'étonne, dans *Le Monde Dentaire*, de cette publication et paraît croire qu'elle exprime l'opinion des membres du Comité de Rédaction. Il n'a probablement pas lu l'avis inséré en tête de tous nos numéros, ainsi conçu :

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Il n'a sans doute pas remarqué qu'en faisant suivre cet article de cette note : « Nous comptons revenir prochainement sur cette question et..., » nous entendions formuler discrètement nos réserves.

D'ailleurs le secrétaire de la Rédaction, M. Bonnard a déjà répondu dans le numéro du 30 octobre ; nous insérons plus loin un article de M. Mahé ; plusieurs de nos collaborateurs doivent nous exposer également leur avis personnel, que nous publierons aussi, et enfin, pour terminer, nous donnerons un résumé des opinions émises en même temps que les conclusions juridiques formulées par notre excellent collaborateur judiciaire, M. Roger.

Nous estimons que nous n'avons pas à nous « justifier » d'avoir fait la « jolie besogne » dont parle M. Vasseur, et nous ne pouvons que nous féliciter que notre impartialité et la liberté que nous laissons à tous nos confrères d'exposer des opinions même contraires aux nôtres, nous aient permis d'accueillir l'article de M. Francis Jean et de provoquer ainsi une discussion que nous ne croyons pas inutile.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai lu avec un intérêt qu'ont dû partager tous vos lecteurs le *Bulletin* si clair et si pratique de M. Francis Jean sur les *expertises professionnelles* et j'ai vu que, vous proposant de revenir sur cette question, vous vouliez bien demander leur avis à vos lecteurs.

Je ne viens pas profiter de cette invitation, connaissant fort peu ce sujet et ayant sur lui infiniment plus à apprendre qu'à pro-

poser. Mais je serais désireux de profiter de l'occasion qui s'offre pour m'instruire sur un point particulier qui m'a toujours fortement embarrassé.

Ainsi que le rappelle M. Francis Jean, les expertises portent en général sur les deux points suivants :

1° Appréciation des qualités d'exécution d'une opération ou d'un appareil ;

2° Appréciation des honoraires.

Quel que soit le mode d'expertise adopté — et pour ma part je me rallierais très volontiers au système de M. Francis Jean — il est facile aux experts d'arriver sur le premier point à des conclusions conformes à la stricte équité. Pour cela, leur science leur suffit pour juger et leur conscience pour décider — car une opération est réussie ou elle ne l'est pas ; un appareil, de quelque genre qu'il soit, est conçu ou exécuté comme il devait l'être, ou il ne l'est pas; il répond aux indications du cas, ou il n'y répond pas. Il y a là *matière* tangible à une appréciation précise et absolue. Et les cas douteux, s'ils existent, doivent être peu nombreux et rarement insolubles.

Mais pour les expertises du second genre, il n'en va plus de même. Si les experts ont toujours leur conscience pour décider, leur science ne saurait être suffisante pour juger — car il ne s'agit plus là *d'espèces* matériellement appréciables, comparables à un type parfait qu'il est possible et facile de fixer, mais bien *d'évaluations* essentiellement imprécises, dans lesquelles l'appréciation personnelle est un facteur prépondérant, et qui sont la résultante d'une foule de considérations que l'expert ignore.

Quoique nous connaissions tous l'infinie variété de nuances que présente la gamme des honoraires de notre profession prise dans son ensemble, je me permettrai de citer deux exemples qui préciseront ma pensée.

Mais je dois déclarer d'abord que je ne considère ici que les praticiens sérieux, consciencieux, basant leurs honoraires sur des considérations légitimes — et non pas les industriels, comme en renferment toutes les professions libérales, n'ayant que le souci de faire *rendre le maximum* à chaque *client* isolément.

Or, de ces praticiens sérieux, j'en prendrai deux que je connais personnellement. Pour un dentier complet en caoutchouc l'un demandera 150 francs et l'autre dans les mêmes conditions demandera 1.000 francs. Je considère ces prix comme extrêmes parmi les dentistes de la valeur morale dont je parle.

L'écart entre ces deux chiffres (1/7)est énorme, et je spécifie bien que dans l'un et l'autre cas l'appareil sera établi dans les mêmes conditions d'exécution consciencieuse et habile ; j'ajoute qu'en fixant ces honoraires l'un et l'autre praticien a conscience de ne

réclamer que ce qui est la rémunération très légitime de son travail et, en fait, malgré l'apparence paradoxale de cette proposition, je crois qu'ils retirent l'un et l'autre de leur travail un *bénéfice* sensiblement égal.

Pour l'appréciation des opérations de cabinet la divergence n'est pas moins forte. Voici l'anecdote récente que je tiens de l'un des intéressés :

Un de nos confrères des plus avantageusement connus reçoit un patient que des clients de province ont fortement engagé à s'adresser à lui. Ce client est, d'autre part, parent d'une personnalité en vue, cliente elle-même d'un dentiste haut placé dans l'administration d'une de nos Ecoles. La patient expose cette situation à notre confrère et lui avoue que, sans la recommandation pressante de ses amis, il serait allé tout naturellement consulter le dentiste de sa parente. Notre confrère donne les soins nécessaires, parmi lesquels un certain nombre d'aurifications, pour lesquelles il réclame des honoraires variant de 40 à 60 francs. Le patient se récrie devant ce chiffre, qu'il trouve exagéré, et déclare qu'il va prendre conseil. Notre confrère, ne doutant pas qu'il ne consulte le dentiste de sa parente, se rend lui-même chez lui, lui raconte le cas et termine à peu près en ces termes : « Je vous ai exposé ma manière de voir pour vous éclairer et vous permettre de juger en toute connaissance de cause. Pour le reste, je m'en rapporte entièrement à votre impartialité ! » « Vous pouvez y compter » fut la réponse.

La chose prévue arriva : le patient se présenta chez le second dentiste, et voici, d'après le dit patient, ce qui se passa pour le fond sinon pour la forme :

— Je me suis fait soigner par un de vos confrères ; il s'est élevé entre nous une contestation. Sur l'avis de Madame X., ma parente et votre cliente, je viens vous demander votre conseil. Il s'agit de ces aurifications.

Après examen soigneux, le dentiste consulté déclare :

— Elles sont fort bien faites, parfaites même, et je n'y saurais rien trouver à reprendre.

— Je ne me plains pas de leur exécution, mais je trouve exagérés les honoraires qu'on me réclame.

— Et quels sont-ils ?

— De 40 à 60 francs par aurification.

Le dentiste sursaute.

— N'est-ce pas, reprend le patient avec plus de conviction, que c'est exagéré ?

— Exagéré ?... non pas... les honoraires sont affaire d'appréciation personnelle. Mais je dois vous déclarer que, moi, *je fais ces aurifications pour quinze francs.*

Et pour son honneur, nous devons croire que c'est vrai.

Or, ces honoraires, si variables pour chacune de nos opérations, selon le praticien, ne sont pas, nous le savons, affaire de fantaisie pure. Les considérations sur lesquelles on les base sont, je le répète, des plus légitimes.

Les unes sont anciennes et bien connues : situation du cabinet, loyer, ameublement, opérateurs, domesticité, instrumentation — et qu'on veuille bien remarquer que le plus ou le moins en tout cela est souvent une condition essentielle pour effectuer, *à valeur intrinsèque égale*, le même travail, selon *la classe de clientèle* à laquelle on s'adresse, clientèle qui, en définitive, a bien quelque droit à choisir selon ses préférences.

Les autres sont d'origine plus récente, mais il importe d'en tenir un compte plus élévé encore.

La profession *dentaire* est loin d'être d'un niveau uniforme.

Nous avons encore un nombre notable de confrères qui exercent en vertu de la patente, qui n'ont appris leur métier que par l'apprentissage : ils ont donné 3 ans de leur temps vers 14 ou 15 ans et ils ont commencé immédiatement après à exercer, soit comme employés, soit comme patentés.

Nous avons des confrères qui ont subi les nouveaux examens d'Etat, ce qui leur suppose une instruction primaire complète, trois ans d'inscription dans une Ecole et 6 à 8 mois pour préparer et subir les examens d'Etat.

Nous avons des confrères docteurs en médecine, ce qui leur suppose une instruction secondaire complète, cinq ans au minimum d'études médicales — plus, s'ils sont consciencieux, et nous sommes convaincus qu'ils le sont — un an d'études techniques, au très strict minimum.

Or, sans vouloir discuter en rien la valeur relative de ces praticiens (quoique *à priori* il faille bien admettre que plus les études préparatoires auront été longues et sérieuses, plus la garantie présentée par le praticien aura des chances d'être élevée), il est impossible de ne pas reconnaître que *commercialement parlant* (et en fait nous exerçons tous pour gagner notre vie et celle des nôtres) ces trois stades d'études, de durée et de coût, progressivement ascendant, représentent pour les praticiens de chacune de ces catégories une *mise de fonds*, un *capital* de valeur très différente, dont il n'est que de toute justice d'exiger un rendement proportionnel.

Par conséquent, toutes conditions égales d'ailleurs, pour une opération donnée, il est légitime qu'un dentiste diplômé demande des honoraires plus élevés qu'un patenté, et un dentiste docteur plus qu'un dentiste diplomé ; c'est affaire au patient de s'adresser à qui il veut.

Il n'en est pas moins vrai que toutes ces considérations réunies font qu'il devient extraordinairement difficile, et même absolument impossible, de décider en toute réalité et en toute justice si les honoraires réclamés par un praticien sérieux, pour une opération ou un appareil, sont *véritablement* exagérés.

Dans un cas contesté que vont faire les experts ? Sur quelle base jugeront-ils, puisqu'aucune base n'existe ?

Il est absolument impossible qu'ils puissent apprécier les multiples considérations en jeu — et, faute de le faire, ils risqueront de rendre une sentence injuste.

Alors, allons-nous être tenus de déposer notre *tarif* au greffe de notre tribunal de simple police ?

Ou bien va-t-on nous faire officiellement, comme pour les entrepreneurs de bâtisse ou de fumisterie, des *prix de séries*, d'après lesquels se régleraient les expertises judiciaires ?

Non, n'est-ce pas. — Alors, quoi ?

J'avoue que je crois la question insoluble.

Mais puisque les expertises sont à l'ordre du jour et que vous vous proposez de traiter le sujet à fond, je serais véritablement heureux d'apprendre de ceux qui, plus vieux que moi dans notre profession, connaissent mieux ces questions extrinsèques, mais importantes, ce que je devrais faire si j'étais expert et ce à quoi je devrais m'attendre si j'étais « expertisé. »

C'est parce que je crois ne pas être le seul à avoir besoin de lumières sur ce point que je me suis décidé à vous exposer tout au long — trop au long assurément — mes doutes et mon ignorance.

Veuillez agréer, etc. Georges Mahé.

12 octobre 1898.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

DU DROIT DE RÉTENTION COMPÉTANT AU CHIRURGIEN-DENTISTE SUR LES PIÈCES DE PROTHÈSE DENTAIRE

Par M. Emile Roger,
Avocat à la Cour d'Appel.

Notre question présente un très grand intérêt, et nous concevons très bien que, dans la pratique, des hésitations doivent se produire quand il s'agit pour le dentiste d'exercer le droit de rétention.

Il importe tout d'abord de le définir, ce droit, pour en avoir une idée très nette, et, quand nous le connaîtrons bien, nous nous demanderons dans quels cas il peut être invoqué, et dans quels autres il serait dangereux d'en faire usage.

On entend, en général, par droit de rétention, le droit en vertu duquel le détenteur d'une chose est autorisé à la retenir jusqu'au paiement d'une créance qui lui est due par le propriétaire de cette chose. Ce droit est, en réalité, assimilable au gage, au nantissement, il produit les mêmes effets juridiques, mais sa constitution n'est pas la même : il existe par le seul fait de la détention d'une chose et comme garantie d'une créance connexe à cette chose.

La loi a formellement consacré ce droit de rétention dans certaines hypothèses indiquées par elle, et la doctrine l'a étendu à tous les cas où le détenteur se trouve être créancier à raison de la chose dont la restitution lui est demandée. C'est ainsi que bien que le législateur ne l'ait pas dit expressément, il est unanimment admis que « le fabricant ou l'ouvrier auquel ont été confiées, soit des matières premières à façonner, soit des choses à réparer, a un droit de rétention sur les objets façonnés ou réparés, jusqu'au paiement de son salaire ».

La nature de ce droit décrite, arrivons à une hypothèse plus spéciale et demandons-nous ce qu'il adviendra de lui en matière dentaire. Le cas est facile à saisir. Un chirurgien-dentiste a confectionné une pièce de prothèse pour un client, il n'est pas payé ou il ne l'est que partiellement ; il a réparé un appareil, le client veut se le faire remettre *hic et nunc* en ajournant le paiement des honoraires. Quel est le droit de chacun ?

Nous allons procéder par voie d'espèces :

1re Hypothèse. — Le dentier est fait, il est toujours entre les mains de l'homme de l'art. Le client ne saurait élever l'outrecuidante prétention de se le faire livrer immédiatement, sans lui remettre la contre-partie, c'est-à-dire le paiement de la chose, eût-il même versé, par avance, une somme quelconque à titre de provision ou de garantie.

Le dentiste ne peut être tenu à la délivrance de l'objet, si on ne lui paie pas son appareil. C'est élémentaire, il ne peut être contraint à le remettre, quand bien même le débiteur alléguerait qu'il en a le plus pressant et le plus impérieux besoin.

2e Hypothèse. — L'appareil a été livré par le dentiste alors qu'il lui était dû encore une partie du prix. Dans ce cas son droit de rétention est éteint parce qu'il s'est dessaisi volontairement de la chose ; en la remettant au client, il lui a fait confiance, il a suivi sa bonne foi, il n'a plus qu'un droit de créance contre lui ; il peut, bien entendu, l'actionner en paiement du solde ; mais voilà tout son

droit. Si donc l'appareil revient entre ses mains, son droit de rétention ne renaît pas ; il rentre, à titre nouveau, en sa possession et ne peut se prévaloir de cette nouvelle détention pour dire au client devenu propriétaire par la délivrance de la chose : « Vous restez me devoir un solde ; je vous rendrai l'appareil quand vous m'aurez payé ». En faisant cela il excéderait son droit et pourrait s'exposer au paiement de dommages-intérêts pour avoir retenu indûment un objet qui était sorti de son patrimoine par une livraison volontaire.

Il nous revient à la mémoire une anecdote qui a été soumise au tribunal civil de la Seine. Un dentiste de Paris, dont il serait bien inutile de dire le nom, avait livré à une domestique un dentier sur lequel il lui restait dû une partie du prix. Ne voyant pas venir sa cliente à l'époque stipulée pour le paiement et inquiet sur le sort de sa créance, il l'invita à passer à son cabinet. Elle s'y rendit, et là le praticien, sous prétexte qu'il jugeait à propos de faire une retouche à la pièce, la lui ôta de la bouche, et lui dit : « Je vous la rendrai quand vous m'en aurez intégralement payé le prix ». D'abord le procédé est douteux comme correction, car, en aucune façon, on ne doit employer un stratagème pour se faire remettre en possession d'un objet sur lequel on a perdu le droit de propriété par la livraison ; à ce titre seul, il était blâmable ; de plus, le tribunal a condamné le dentiste à remettre le dentier à son propriétaire, sauf à lui à réclamer en justice le paiement du solde, estimant que par la livraison qu'il en avait faite il avait renoncé à son droit.

Si nous appliquons les principes que nous avons énoncés plus haut, nous trouverons que la solution est très juridique. En outre, comme dans l'espèce la cliente trouvait le prix exagéré, (et c'est même à cause de cela qu'elle ne voulait pas payer le solde), il est manifeste que le fait par le dentiste d'enlever le dentier de sa bouche était de nature à faire impression sur elle et que cet acte, expéditif s'il en fût, empruntait les caractères d'un acte d'intimidation de nature à exercer une contrainte violente sur l'esprit de la cliente, en vue de l'amener au paiement immédiat. Pour nous résumer sur cette deuxième hypothèse, nous disons : le droit de rétention s'éteint par le dessaisissement volontaire de la chose sur laquelle il portait, et ne renaît pas au cas où cette chose viendrait à rentrer, à titre nouveau, dans les mains de l'ancien détenteur.

3e Hypothèse. — Un appareil appartenant au client a été remis à l'homme de l'art pour être réparé. Que faut-il décider ?

En droit strict le droit de rétention compète au profit du dentiste si le client ne lui paie point le prix de son travail. Il est, en effet, universellement admis que l'artiste, l'ouvrier peut retenir la chose par lui créée, fabriquée ou réparée tant qu'il n'a point été payé

de son salaire. Il semble donc que, quelle que soit la modique somme due par le client, le dentiste pourra garder l'objet tant qu'il n'aura point reçu satisfaction. Mais il convient de ne pas oublier que les tribunaux jugent en fait et que, lorsque la somme due n'est pas très importante, ils peuvent trouver excessif le fait par le dentiste de priver une personne de l'usage de son dentier. Ils pourraient aussi y voir comme un acte de pression, une contrainte dans le but d'obliger le client à payer une somme, taxée par eux d'exagération, s'il est d'ailleurs constant que le client est solvable et jouit d'une certaine considération. Ils pourraient savoir mauvais gré au praticien de ne pas avoir remis une chose si nécessaire à ce client, sauf à l'actionner en paiement des honoraires dûs. Dans ce cas, il serait à craindre qu'ils ne fissent fléchir les principes de droit et ne décidassent qu'en fait il a eu le tort de la retenir, au lieu de la remettre et de poursuivre le paiement de ses honoraires en justice. Evidemment, dans ces sortes d'affaires, il s'agira toujours de questions d'espèces, et il est bien difficile de pouvoir formuler des règles générales d'appréciation. Mais nous pouvons cependant dire, d'une manière générale, que l'exercice du droit de rétention dans le cas où il s'agit d'une somme relativement peu importante, réclamée d'ailleurs à une personne notoirement solvable, présente des inconvénients dans ce sens que, s'il appert aux juges que la rétention a été employée pour faire cesser un désaccord relatif au quantum des honoraires, ils condamneraient le dentiste à des dommages-intérêts pour rétention injustifiée. Ajoutons tout de suite qu'il peut se présenter des cas où la rétention serait parfaitement légitime, s'il s'agissait notamment d'un client dont la solvabilité est douteuse, ce qui rendrait toute poursuite singulièrement illusoire.

En pratique, les questions de cette nature doivent naturellement se poser assez souvent et se poseront tant qu'il y aura des clients qui demanderont un service sans en payer le prix comptant. Nous estimons qu'au moyen des règles que nous avons exposées, le chirurgien-dentiste trouvera le moyen de se faire une ligne de conduite qui lui permettra, tout en sauvegardant énergiquement ses droits, de ne pas s'exposer à intenter une action téméraire.



CORRESPONDANCE

Bruxelles, le 17 octobre 1898.

Monsieur et honoré confrère,

Je reçois à l'instant *L'Odontologie* et je vois, à propos de la réforme de l'art dentaire en Belgique, que vous m'attribuez par erreur la paternité du projet transmis au Gouvernement en 1887.

Ce projet est l'élaboration en commun de la Société Odontologique de Belgique, dont je faisais partie, et je l'ai présenté au Congrès dentaire international de Paris en 1889, comme je vous l'ai dit dans une précédente lettre.

Je viens vous prier de rectifier cette erreur, à l'occasion, et vous présente, Monsieur, mes salutations confraternelles.

L. DE PAEPE.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans ma réponse à M. Sauvez publiée dans le dernier numéro de *L'Odontologie* se sont glissées des erreurs d'impression que je crois nécessaire de relever, car elles obscurcissent et dénaturent ma pensée. Ainsi, page 341, je disais dans mon manuscrit : « Nous sommes précisément dans un domaine *limite* (e, sans accent) où la pathologie dentaire et la pathologie chirurgicale se confondent insensiblement ». Or, on a imprimé *limité* avec un accent aigu — ce qui est le contraire de ma pensée. — A la page 342, je voulais dire : « le Professeur Berger appuie avec force sur la destination essentielle qu'il convient de reconnaître, dans le cas particulier qui nous occupe *surtout*, entre les états infectieux récents et les suppurations anciennes. » Dans le journal le mot *surtout* n'est pas détaché de la proposition qui le suit, ce qui altère fâcheusement la pensée du professeur Berger.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, avec mes remerciments, l'assurance de mes sentiments dévoués.

MENDEL JOSEPH.

Paris, le 26 obtobre 1898.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu dans un précédent numéro de *L'Odontologie*, avec tout l'intérêt que suscitent de tels sujets, la lettre par laquelle un de vos correspondants vous entretenait de son désir de placer son fils « dans un milieu bon et sympathique, où il ferait l'apprentissage de la vie, en la voyant sous son véritable jour et son bon côté ».

Je souhaite avec vous que cet appel soit entendu par les familles

auxquelles il est adressé. Bien peu, je l'espère, de vos étudiants se verront forcés de chercher ailleurs les avantages dont il est parlé dans cette lettre ; mais pour ceux-ci, comme aussi pour les autres qui éprouveront sans doute le besoin de participer à des exercices plus variés, permettez-moi, Monsieur le Directeur, de signaler à vos lecteurs, l'existence, 14, rue de Trévise, d'une maison fréquentée par un certain nombre d'étudiants dentistes des deux Ecoles.

Il y trouveront un foyer honnête et laborieux parmi des centaines de jeunes gens qui appartiennent au commerce, à la banque et à l'industrie ou qui suivent les cours des grandes Écoles du quartier.

Les directeurs de cette association appelée « Union Chrétienne de Jeunes Gens de Paris » sont eux-mêmes des négociants, des banquiers, des ingénieurs ou des professeurs.

Dans un vaste immeuble, dont les locaux sont ouverts tous les jours de 10 h. du matin à 10 h. 1/2 du soir, les élèves de l'Ecole dentaire trouveront les avantages suivants :

Salles de lecture et de travail, bibliothèque, salle de musique, restaurant, gymnase, salle d'escrime, piscine, jeux de quilles, etc., etc.

Les chambres meublées ne peuvent recevoir encore que 40 locataires ; mais des hôtels d'un voisinage immédiat, recommandés par l'Union, offrent toute sécurité.

Les jeunes gens qui désirent faire partie de l'Union Chrétienne, donnent des références et s'engagent à mener une conduite privée morale.

La cotisation est de 16 fr. 40 par an ou de 28 fr. 40 pour les membres qui fréquentent le gymnase, les cours d'escrimes, de langues vivantes et autres.

Pour répondre à une question qui peut se poser sur le caractère de l'Association, j'ajoute qu'elle est « laïque » en principe et en fait. Elle observe la plus stricte neutralité en matière religieuse et politique, ce qui lui est imposé, du reste, par ses statuts approuvés en 1888 par le Préfet.

J'ose espérer que les nombreux lecteurs de *L'Odontologie* voudront nous faire le plaisir de venir visiter le bâtiment de l'Union ou, en tout cas, demander le calendrier-programme.

Veuillez, monsieur le Directeur, avec mes remerciements pour la publicité que vous voudrez bien donner à la présente lettre, recevoir l'assurance de ma considération distinguée.

Paul Théis,
Secrétaire Général,
de l'*Union Chrétienne de Jeunes Gens*, 14, rue de Trévise, Paris.

NÉCROLOGIE

Notre excellent confrère et ami, M. Henri Duvoisin de Chartres, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être très cruellement frappé par la mort de Mme Duvoisin.

Cette malheureuse jeune femme, disputée à la mort avec un dévouement exceptionnel par son oncle, le docteur Maunoury, a succombé le 29 octobre à la fièvre typhoïde dont elle avait été atteinte il y a environ deux mois. Cette perte est d'autant plus cruelle pour notre ami que, souffrant lui-même de cette terrible maladie, il n'a pu assister aux derniers moments de sa compagne.

Nous lui adressons, ainsi qu'à toute sa famille, l'expression de nos plus vifs sentiments de sympathie.

E. P.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de Mme Hirschberg, femme de notre confrère, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, décédée le 15 octobre, à l'âge de 28 ans.

Nous adressons à notre confrère l'expression de notre vive sympathie dans cette triste circonstance.

CHARLES DELALAIN

Nous apprenons la mort de M. Charles Delalain, chirurgien-dentiste à Paris, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, dentiste du théâtre de l'Opéra et de nombreuses sociétés de bienfaisance.

M. Delalain était un philanthrope généreux, auquel on ne fit jamais appel en vain, qui avait rendu de multiples services, dont le moindre n'est pas d'avoir doté d'appareils prothétiques de son invention de malheureux soldats à la face mutilée.

A la suite de la guerre franco-allemande, M. Delalain avait obtenu l'autorisation de se rendre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, où étaient soignés un très grand nombre de blessés militaires, dont beaucoup portaient au visage des blessures qui les défiguraient complètement. Avec les seules ressources de son art et de son ingéniosité M. Delalain confectionna des appareils prothétiques convenant remarquablement à chaque cas particulier et rendit à la plupart de ces militaires une figure d'aspect supportable, qui, sans le secours de ces appareils, eût été véritablement horrible.

Les grands services qu'il rendit à cette époque ne sont oubliés de personne et valurent à l'éminent praticien les félicitations du Conseil

de santé des armées, de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine, un prix de la Faculté de médecine, des médailles de diverses sociétés de bienfaisance, enfin, pour couronner le tout, la croix de la Légion d'honneur, qui lui fut accordée sur la proposition du ministre de la guerre.

M. Delalain avait eu des débuts plus que difficiles, qu'il se plaisait à rappeler, et c'est par son seul travail, par son seul mérite, par ses efforts persévérants qu'il était parvenu à occuper dans la profession un rang proéminent. Rappelons en passant qu'il avait collaboré à *L'Odontologie*.

Modeste autant qu'homme de bien, M. Delalain emporte dans la tombe les regrets de tous ses confrères.

La Rédaction.



Ecole dentaire de Paris.

La réouverture des cours de l'année scolaire 1898-1899, s'est effectuée le 7 novembre dans les conditions les plus satisfaisantes. Le nombre des élèves dépasse de beaucoup celui des années antérieures.

Nous rappelons à ce propos qu'un important changement a été apporté aux heures des cours théoriques, qui ont lieu à présent de 5 à 7 heures du soir, ce qui laisse aux étudiants la libre disposition de leurs soirées.

Un concours pour la nomination au poste de chef de clinique sera ouvert à l'Ecole dentaire de Paris, le 27 novembre.

Un concours pour la nomination au poste de chef de clinique d'anesthésie y sera ouvert le 18 décembre ; à la même date aura lieu également un concours pour la nomination d'un professeur suppléant de prothèse.

Une bourse à l'Ecole dentaire de Paris a été récemment accordée par le conseil municipal de Toul à un jeune homme de cette ville.

Nous rappelons à ce propos que les jeunes gens de province désireux d'obtenir des bourses dans cette Ecole peuvent s'adresser utilement à cet effet soit au conseil général de leur département, soit au conseil municipal de leur ville.

Le samedi 15 octobre a été célébré en l'église Saint-Roch le

mariage de Mlle Brigiotti, fille de notre excellent confrère, membre de l'Association générale des dentistes de France.

Nous adressons à cette occasion à M. Brigiotti l'expression de notre sympathie, ainsi que nos vœux pour les nouveaux époux.

Nous apprenons que, par arrêté en date du 2 septembre dernier, M. le Ministre de l'Intérieur a décerné à M. Borkowski, de Neuilly-sur-Seine, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, D. E. D. P., une médaille de vermeil et un diplôme d'honneur pour les soins dévoués qu'il donne gratuitement aux malheureux, à sa clinique de Courbevoie. Tous nos compliments à notre excellent confrère, membre de l'Association générale des dentistes de France.

Mort chez un Dentiste.

Le *Petit Journal* du 5 novembre publiait sous le titre de « Grave imprudence » la dépêche suivante :

Nancy, 4 novembre.

Jeudi soir, une dame Mansuy, âgée de quarante-quatre ans, femme du comptable d'une grande maison de houblons de Nancy, se présentait chez M. Barthelemy, chirurgien dentiste, et le priait instamment de lui extraire une molaire dont elle souffrait atrocement. « Mais je veux, ajouta-t-elle, que vous m'endormiez. »

Le dentiste eut le tort d'accéder à ce désir sans s'être au préalable fait assister d'un médecin. A peine avait-il fait respirer quelques grammes de chloroforme à la patiente que celle-ci s'endormit. Malheureusement pour elle et le dentiste, elle s'endormit tout à fait. Tous soins étaient inutiles et un médecin appelé ne peut que constater le décès.

D'autre part nous lisons ce qui suit dans l'*Impartial de l'Est* :

Faux bruit.

Devant la parfaite honorabilité et l'incontestable irresponsabilité du dentiste de notre ville qui a donné ses soins à Mme Mansuy, la famille de la défunte l'autorise à faire cesser toute insinuation pouvant nuire à sa réputation, le décès n'étant pas une conséquence de ses soins, mais une malheureuse coïncidence.

A ce propos, M. Barthélemy nous écrit que le décès qui s'est produit le jeudi 3 courant n'est pas survenu par suite d'emploi d'agents anesthésiques et qu'il n'a aucun rapport avec l'avulsion d'une dent. Nous n'avions d'ailleurs pas ajouté foi au récit du *Petit Journal*, connaissant la prudence et la parfaite honorabilité de notre excellent confrère.

Nous ne pouvons que regretter que des journaux accueillent aussi légèrement des nouvelles sans les contrôler, alors qu'elles peuvent porter un préjudice grave aux intéressés.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Réunion du 14 juin 1898.

Présidence de M. G. VIAU, puis de M. LEMERLE, vice-présidents.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. d'Argent, Lemerle, Maire, Martinier, de Marion, Papot, Prével, Richard-Chauvin, Sauvez.

M. Bonnard se fait excuser de ne pouvoir être présent.

M. Sauvez lit le procès-verbal de la dernière réunion.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Viau donne lecture d'une lettre par laquelle M. Godon, malade, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. Martinier communique un projet de lettre et de note à adresser aux Ministres de la Guerre et de l'Intérieur et au Conseil d'Etat relativement au service militaire des mécaniciens-dentistes.

M. Viau et *de Marion* présentent quelques observations.

La lettre et la note sont adoptées.

M. Martinier communique également une lettre adressée au Recteur de l'Académie relativement à la délivrance de la 12e inscription.

M. Sauvez lit une lettre émanant de l'Ecole dentaire de Bordeaux et la réponse qui y a été faite. Cette réponse est approuvée.

M. Martinier communique une lettre du Ministre du Commerce relative au classement à l'Exposition de 1900.

M. Sauvez rend compte de la correspondance échangée depuis la dernière séance.

M. Papot présente comme membres de la Société :

MM. Siffre, Ott, Platschick et May.

M. Lemerle remplace M. Viau à la présidence.

MM. Siffre et Ott sont admis ; les demandes de MM. Platschick et May sont renvoyées au Conseil de famille.

M. Papot propose, au nom de la Commission scolaire, l'admission de Mme Vassillion comme élève irrégulière de 3e année.

M. — — — mécanicien-dentiste.
M. Finniss — — irrégulier de 3e année.
M. Weidinger — — — — — —

Admis après observations *MM. Sauvez*, *Martinier* et *Papot*.

M. Papot propose ensuite, sur les pétitions qui ont été adressées, la suppression, pour cette année, de l'examen de chimie en 2e année, avec rétablissement de l'examen de bactériologie pour l'année prochaine. — Adopté.

Il propose également pour cette année la suppression de l'examen de pathologie générale et de bactériologie à la fin de la 3e année. — Adopté.

M. Papot rend compte du Congrès de Marseille, auquel il était délégué.

MM. Sauvez, *Lemerle*, *Richard-Chauvin* présentent diverses observations.

MM. Papot et Lemerle donnent chacun lecture d'une lettre qui leur a été adressée par M. Camoin.

M. Martinier, au nom du Conseil, félicite et remercie les 3 délégués au Congrès de Marseille et la Société du Sud-Est.

Après observations de *M. d'Argent*, *M. Martinier* demande pour la délégation un supplément de crédit de 150 francs. — Accordé.

M. Lemerle signale deux demandes de nomination de démonstrateurs formées par MM. Hugot et Gross.

Après observations de *MM. Martinier* et *Richard-Chauvin*, les postulants sont nommés sans désignation de jours.

M. Martinier donne lecture d'un projet de circulaire à envoyer aux membres de l'Association pour la fête du 25 juin.

Après observations de *MM. Prével* et *Richard-Chauvin*, il est autorisé à envoyer la circulaire.

L'ordre des discours est examiné. *MM. Sauvez, Papot, Richard-Chauvin* et *Lemerle* présentent diverses observations, et le bureau est chargé de statuer.

Il est procédé au tirage au sort du jury du concours de chefs de clinique.

M. Francis Jean est désigné comme président, M. Blocman comme suppléant; MM. d'Argent et Roy sont désignés comme membres; M. Loup est désigné comme suppléant; M. de Marion est délégué du Conseil.

M. Martinier donne lecture d'une lettre par laquelle M. Blocman se démet de ses fonctions de professeur d'anatomie spéciale, tout en conservant son cours de clinique.

Il propose un ordre du jour de remercîments pour les nombreuses années de service de M. Blocman.

La démission est acceptée, après les regrets formulés au nom du Conseil par *MM. Lemerle* et *d'Argent.*

Ce dernier propose de nommer M. Blocman professeur honoraire.

Sur la proposition de *M. Lemerle*, une délégation, composée de MM. Godon, Martinier et d'Argent, est chargée d'aller exprimer au démissionnaire les remercîments du Conseil.

M. Blocman est nommé professeur honoraire.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
P. MARTINIER.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? No 17. — *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes produits par la vulcanisation?*

? No 45. — *Quels procédés peut-on employer pour stériliser les matières à empreinte: plâtre, cire, godiva, stent, etc., dès qu'elles sont livrées par les fournisseurs, et pour les conserver ainsi juqu'au moment de leur emploi?*

LI-GA-MAN.

? No 46. — *Existe-t-il un ouvrage sur le traitement de l'*aluminium *et sur son application à l'*art dentaire ?

? No 50. — *Le* protoxyde d'azote liquéfié, *contenu dans une bouteille en acier déjà entamée, s'altère-t-il? En cas d'affirmative, au bout de quel laps de temps?*

Dr A. R.

? No 51. — *Quel est le fabricant de l'*angle universel *pour machine à fraiser?*

Dr G.

☞ *Réponse.* — On peut se pocurer l'*angle universel* dans tous les dépôts dentaires.

? N° 55. — *Où peut-on se procurer le réflecteur* Barbe *tout fait, avec lampe à incandescence, indiqué dans l'Aide-Mémoire de* P. Dubois? *R. B.*

? N° 65. — *Connaît-on un procédé pour empêcher la dilatation des rondelles en caoutchouc pour succions? Mes confrères ont-ils le même inconvénient que moi, qui suis obligé de les changer tous les deux mois ? E. B. de C.*

? N° 66. — *Un de mes patients, jeune homme de 21 ans, voit depuis deux ans ses gencives supérieures se couvrir constamment d'un enduit pâteux collant, finement granuleux. Cet état s'accompagne d'une sécheresse des lèvres avec légères crevasses. Quelle est l'étiologie de cette affection et que puis-je faire pour la combattre ? Dr S.*

AVIS

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Quelques membres du bureau du Comité d'organisation du Congrès dentaire international de 1900 ont eu pendant les vacances plusieurs entrevues avec divers représentants de l'art dentaire à l'étranger.

Ils se proposent, à la prochaine réunion du Comité, de demander la nomination, pour chaque pays, d'un ou de plusieurs secrétaires correspondants du Comité d'organisation, choisis parmi les confrères partisans dans leurs pays respectifs de l'œuvre des Congrès. Pour la formation des Comités nationaux, le choix serait laissé aux sociétés professionnelles de chaque pays.

En conséquence, les Confrères étrangers qui auraient des renseignements utiles à donner pour le succès du Congrès, et en particulier sur la composition du Corps professionnel dans leurs pays respectifs, sont priés de les adresser le plus tôt possible au président, M. Ch. Godon, ou au secrétaire général M. le Dr Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.

Les adresses imprimées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication :

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris ;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'École Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Nota. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

18e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1898 IIe Série. Vol. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.**

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

DES RELATIONS ENTRE LES MALADIES DES DENTS ET CERTAINES AFFECTIONS OCULAIRES.

Communication faite à la Société d'odontologie le 8 novembre 1898

Par M. le Docteur Sulzer.

La canine supérieure porte depuis fort longtemps le nom de « dent de l'œil ». Cette dénomination, ridiculisée et rétablie à tour de rôle par les médecins, n'a jamais été délaissée par le langage du peuple. Dans l'exposé qui suit nous verrons que, si la canine supérieure est loin de jouir du monopole de retentir sur l'appareil visuel, triste privilège qu'elle partage avec toutes les dents, elle joue toutefois un rôle spécial dans les relations qui existent — personne n'en doute plus aujourd'hui — entre les affections de l'appareil de la mastication et certains troubles de l'organe visuel.

Depuis Teirlinck (1848) les auteurs divisent les troubles oculaires qui dépendent, de fait ou d'apparence, des diverses affections de l'appareil dentaires, en *troubles réflexes* et en

troubles par propagation du processus inflammatoire.

Les troubles réflexes de l'organe visuel présentent ceci de particulier que la diminution de la vision n'est accompagnée d'aucun symptôme maladif du côté de l'œil, si ce n'est d'une diminution de la sensibilité de la conjonctive ou d'un désordre dans les mouvements de l'œil et des paupières. Les altérations anatomiques font complètement défaut dans cette affection oculaire.

Ces derniers temps, le champ des troubles réflexes de l'organe visuel a été de plus en plus restreint. D'un côté, les progrès de l'ophtlamoscopie ont fait découvrir des altérations anatomiques dans nombre de cas où celles-ci avaient échappé jusqu'ici à l'examen. D'un autre côté, bon nombre d'amauroses réflexes ont pu être classées dans la catégorie des amauroses hystériques. Dans ces derniers cas la maladie du système nerveux joue le rôle principal ; l'affection dentaire n'intervient que comme cause provocatrice, comme l'auraient fait un traumatisme, un choc psychique, une maladie générale ou locale quelconque.

Sans me préoccuper de la question de savoir si une affection dentaire peut retentir sur l'organe visuel par voie de réflexe, ou si les affections réflexes de l'organe visuel doivent être rayées de la pathologie générale et spéciale, je vous demande la permission de vous communiquer quelques observations qui font ressortir les relations existant entre les affections dentaires et les troubles de la vision, et de dégager de ces observations les conclusions pratiques qu'elles comportent.

La présence de dents profondément cariées peut provoquer une *diminution notable de la vision,* voire même *la cécité complète d'un œil ou des deux yeux.* Tout en laissant de côté les observations incomplètes ou douteuses, il nous reste toute une série de faits soigneusement recueillis par des observateurs de premier ordre, faits qui établissent clairement le lien de cause à effet qui existe entre l'affection dentaire et l'affection oculaire. Dans le *Lancet* de 1859 (t. I, p. 80), *M. Hancock* cite deux exemples remarquables.

Dans ces deux cas la cécité est survenue presque subitement après de fortes douleurs dentaires, sans aucun symptôme prémonitoire du côté des yeux, ni douleurs de tête, ni mouches volantes, ni étincelles, ni trace de phénomènes congestifs du côté des yeux. On fit, dans les deux cas, l'extraction des dents altérées, et l'on vit très promptement, le soir même, dans un des cas, la vue revenir complètement.

De Wecker publia en 1866 (*Annales d'oculistique*, p. 134) un cas analogue. Une femme de 28 ans endurait depuis longtemps de fortes douleurs au niveau des deux maxillaires. Elle est atteinte, après un paroxysme névralgique à droite, de cécité subite de l'œil droit. Peu après, autre accès névralgique à gauche et abolition totale de la vue, de ce côté. D'où cécité double et complète. La lumière n'influence plus les pupilles, qui sont modérément dilatées. Fond d'œil normal. La vision est immédiatement recouvrée à gauche et améliorée du côté droit par l'extraction, sous le chloroforme, des dents cariées du côté gauche ; elle devient parfaite pour les deux yeux après avulsion des dents malades de droite.

Ni M. Hancock ni M. de Wecker ne nous donnent des détails sur les coupables ; ils omettent de nous indiquer les dents dont l'avulsion a fait disparaître la cécité de leurs malades et de nous décrire leur affection. Le docteur *Courtraix* comble cette lacune dans une observation communiquée dans sa thèse de doctorat : une jeune femme de 25 ans, ayant perdu l'œil droit à la suite de la variole, vient consulter pour un affaiblissement de la vue à gauche qu'elle ne s'explique pas. La pupille est mobile et non dilatée et l'examen ophtalmoscopique montre que l'œil est normal. Le lendemain, l'extraction de la canine gauche supérieure produit une amélioration immédiate de la vision, qui redevient tout à fait normale trois jours plus tard.

Quoique parfaitement établis, les cas de cécité complète due à la carie dentaire profonde et infectée, de préférence à la carie des canines supérieures, sont rares. Il est plus fréquent de rencontrer chez les sujets porteurs de dents

profondément cariées des *phénomènes douloureux* du côté des yeux. Ces malades accusent des douleurs dans le front ou dans d'autres régions animées par le trijumeau ; l'œil est sensible à la lumière, plus particulièrement à la lumière de la lampe, et le travail est difficile ou impossible. Ici encore l'extraction des dents cariées, douloureuses ou non, fait disparaître les troubles oculaires ; mais un examen approfondi fait souvent reconnaître qu'une anomalie non corrigée de la réfraction oculaire ou l'état général du malade ont préparé le terrain.

On trouve en effet dans la grande majorité des cas de ce genre une diminution du pouvoir de l'accommodation, c'est-à-dire une diminution du pouvoir de l'œil de se mettre à point pour les distances les plus variées. Cette affection est fréquente dans l'hystérie et se rencontre également dans la convalescence des maladies aiguës, dans les anémies, après les couches. Il n'est pas possible de décider d'une manière générale quelle influence joue dans cette affection l'appareil dentaire ; ce départ doit être fait dans chaque cas particulier.

Il en est de même de *certains cas de loucherie*, où l'état de l'appareil dentaire joue un rôle incontestable, sans que l'influence de l'hystérie sur ces états puisse être reléguée au second plan. Néanmoins l'influence heureuse des soins dentaires est incontestable et incontestée dans ces troubles oculaires. L'avulsion d'une dent cariée ou la guérison d'un abcès, surtout quand elle est associée à l'évacuation d'une collection purulente, font souvent disparaître un état douloureux fort pénible des yeux, voire même une loucherie ou un blépharospasme. Dans un certain nombre de cas les soins dentaires suffisent pour obtenir et pour maintenir la guérison ; dans d'autres cas ils demandent à être associés aux soins donnés par le médecin général ou l'oculiste.

Les troubles oculaires par propagation du processus inflammatoire nous font revenir sur un terrain où la précision de l'observation permet de circonscrire exactement le rôle de l'appareil dentaire dans la production des trou-

bles oculaires. Ici le retentissement de l'affection dentaire sur l'organe visuel est direct et celle-ci est bien la cause unique des troubles oculaires.

La propagation peut avoir lieu le long du périoste maxillaire, ou la périostite alvéolo-dentaire peut donner lieu à un empyème du sinus maxillaire qui, à son tour, retentit sur l'orbite et son contenu, soit directement, soit par l'intermédiaire des cavités voisines, les cellules éthmoïdales de préférence.

Les affections ainsi propagées menacent quelquefois en même temps la fonction de l'œil et la vie du malade. C'est surtout le cas pour les processus infectieux qui suivent la voie veineuse et qui peuvent donner lieu à une phlébite de la veine faciale d'abord, de la veine ophtalmique et du sinus caverneux après.

La mieux connue parmi les affections oculaires dues à la propagation d'un processus inflammatoire dentaire est la *cellulite orbitaire*. Un abcès dentaire et l'ostéo-périostite du rebord alvéolaire qui l'accompagne si souvent donnent lieu, par l'intermédiaire des parois du maxillaire supérieur ou de l'empyème du sinus, à l'ostéo-périostite du plancher orbitaire. On voit parfois une communication s'établir entre la cavité maxillaire et l'orbite, si bien que les injections antiseptiques passent de la cavité maxillaire dans l'orbite et de l'orbite dans le maxillaire.

La cellulite orbitaire détermine une saillie plus ou moins prononcée de l'œil et un gonflement plus ou moins accentué des paupières et de leur entourage. Dans les cas les plus prononcés, les paupières n'arrivent plus à couvrir le globe oculaire projeté en avant. L'infiltration du tissu cellulaire orbitaire donne le plus souvent lieu à la formation d'une collection purulente ; les abcès des paupières s'observent quelquefois.

L'avulsion de la dent peut, au commencement de l'affection, faire avorter les troubles orbitaires, surtout si elle est suivie de l'évacuation complète de la collection purulente à laquelle elle a donné naissance ; dans d'autres cas l'extraction ne

produit qu'une détente passagère, bientôt suivie de symptômes inflammatoires graves.

La cellulite orbitaire se complique presque toujours d'une inflammation plus ou moins prononcée du nerf optique, et celle-ci peut produire ultérieurement l'atrophie du nerf de la vision. Dans des cas graves de cellulite orbitaire on a vu survenir la fonte purulente du globe oculaire.

Ce n'est pas le lieu ici d'entrer dans le traitement de l'empyème du sinus maxillaire ni dans l'exposé des différentes voies qui peuvent donner accès à cette cavité. J'ai pu me convaincre, en lisant les traités qui émanent de vos auteurs et en m'entretenant avec votre président, que les chirurgiens-dentistes ont adopté des méthodes réellement rationnelles pour combattre et guérir cette affection sérieuse. Mais permettez-moi d'insister sur l'utilité incontestable qu'il y a de se servir de la seringue à sinusite. Cet instrument, décrit dans quelques ouvrages, et notamment dans l'aide-mémoire de Paul Dubois, devrait être le seul employé.

La forme en baïonnette de la canule empêche celle-ci de toucher le plancher orbitaire. Un dispositif spécial, donne au jet de liquide injecté la forme d'un champignon et l'empêche ainsi de chasser les liquides infectieux dans les cavités voisines.

Parfois l'ostéo-périostite propagée du sinus maxillaire se cantonne dans le périoste orbitaire et ne s'accompagne, en dehors de douleurs d'intensité toute spéciale que des signes d'une inflammation du nerf optique. Ces cas présentent de grandes difficultés de diagnostic et quelquefois il a fallu l'exploration des sinus faciaux à l'aide de la lumière transmise (petite lampe électrique tenue dans la bouche close dans un cabinet noir) pour prouver d'une manière définitive l'existence d'une sinusite ou d'une périostite maxillaire. Cette attitude spéciale de l'affection se rencontre surtout à la suite des kystes des dents de sagesse supérieures.

Les processus infectieux qui atteignent l'œil par la voie veineuse peuvent siéger au maxillaire inférieur. *M. Terson* a vu un malade âgé de 39 ans, recueilli à l'Hôtel-Dieu, pré-

senter de la fièvre, des symptômes cérébraux et une saillie très accentuée de l'œil droit. Les paupières, fortement gonflées, n'arrivaient pas à couvrir le globe immobile, projeté en avant. Le malade portait au niveau de la région sous-maxillaire gauche, c'est-à-dire du côté opposé à l'affection oculaire, un empâtement colossal et douloureux. L'autopsie permit d'expliquer la genèse de cet ensemble symptomatique. Elle fit reconnaître un foyer purulent sous-périosté en connexité avec un abcès de la dent de sagesse *inférieure* gauche. Le processus infectieux avait gagné le sinus caverneux gauche par les veines qui entrent dans la cavité cranienne par le trou ovale et s'était propagé par l'intermédiaire du sinus coronaire au sinus caverneux droit, d'où il avait envahi l'orbite droite.

Vous voyez, les voies de propagation sont, dans ce cas aussi compliquées qu'inaccessibles à l'intervention chirurgicale. Quand le processus infectieux suit la voie ordinaire constituée par les veines labio-faciales, la ligature ou le thermo-cautère peuvent s'opposer avec succès à sa propagation.

Les accidents orbitaires observés à la suite des abcès dentaires ne présentent que rarement cette gravité extrême. Un léger degré de saillie de l'œil, associé à une inflammation du nerf optique, forme l'ensemble symptomatique de la majorité des cas. L'avulsion des dents en suppuration et une rigoureuse antisepsie buccale ont vite raison de ces symptômes.

Je passe les accidents rares observés à la suite des abcès et caries profondes, tels que l'iritis et les chorioïdites, les affections maculaires ou les hémorragies rétiniennes consécutives à l'extraction d'une dent.

Permettez-moi de mentionner avant de finir une relation entre l'organe de la vision et l'appareil dentaire, supposée par un oculiste américain et, qui, si elle n'est pas très bien établie, est au moins très curieuse. Je serai, du reste, bref. M. Stevens de New-York, dans une communication faite, en 1891, à la Société d'odontologie de cette ville, dit avoir ob-

servé que l'antéversion du maxillaire supérieur, cette déformation qui porte les incisives en avant d'une façon démesurée et que les dentistes américains désignent par le terme « *wedge shaped jaw* », reconnaît comme cause un trouble dans l'équilibre des muscles oculaires. Si le lien de cause à effet supposé par M. Stevens est exact, nous avons donc ici une influence en sens inverse de celles que nous venons d'observer. Ce n'est plus une affection de l'appareil dentaire qui retentit sur l'organe de la vision, c'est l'état de l'organe de la vision qui retentit sur l'appareil dentaire.

L'avenir nous apprendra si une telle relation existe ; nous serions certainement fort embarrassé d'en expliquer le mécanisme, mais j'ai cru bien faire de soumettre à votre critique cette observation un peu extraordinaire.

Il y a pourtant dans cet ordre d'idées un fait bien établi. A la suite de l'astigmatisme de l'œil, qui consiste dans une courbure anormale de la cornée, on voit souvent survenir des symptômes réflexes très variés, parmi lesquels les symptômes douloureux localisés dans les différentes branches de la cinquième paire tiennent la première place. Quand ces douleurs provoquées par un état particulier de l'œil se localisent dans une des branches maxillaires du trijumeau, elles ne se distinguent en rien des névralgies dentaires. Ce sont alors des malades qui obsèdent le dentiste en lui demandant l'extraction de dents complètement saines et, si par hasard une des dents incriminées est cariée, le dentiste verra ses meilleurs soins rester inefficaces contre l'élément douleur, le plus essentiel pour le malade. La dévitalisation, aussi bien que l'avulsion, qui du reste ne sera plus guère faite actuellement dans pareil cas, resteront efficaces. Souvent ce n'est que le hasard qui fait découvrir la source du mal et une paire de verres sphéro-cylindriques judicieusement prescrite rend alors le repos au malade, à son médecin et à son dentiste.

Dans tout cela, nous le voyons, la canine supérieure ne joue aucun rôle prépondérant. Ce n'est le cas que pour un trouble tout à fait particulier. La racine de cette dent s'en-

fonce profondément dans le maxillaire supérieur et, quand nous marquons la direction de l'axe de cette racine d'un côté, la direction du canal nasal de l'autre côté, nous voyons que les deux cavités ne sont séparées que par une mince paroi osseuse.

Quand un abcès ou un kyste se forment au sommet de la racine d'une des canines supérieures, l'irritation banale de l'œil, que cette dent produira de préférence à cause de son proche voisinage de l'orbite, se compliquera d'un trouble particulier : l'engorgement du voisinage de l'abcès produira une sténose du canal nasal, canal qui conduit le trop plein des larmes dans le nez. Les larmes empêchées de se déverser dans le nez par les voies naturelles, sécretées en abondance grâce à l'irritation consécutive à l'affection dentaire, produiront un larmoiement intense. La sténose du canal nasal, de quelque origine qu'elle soit, se complique tôt ou tard d'un catarrhe du sac lacrymal qui aggrave encore les troubles oculaires, en provoquant souvent une inflammation chronique de la conjonctive et des paupières.

Dans certains cas on a vu un kyste formé au sommet d'une racine d'une canine supérieure donner lieu à des productions osseuses qui viennent fermer complètement l'orifice inférieur du canal nasal. Dans ces cas l'avulsion même de la dent ne guérit plus le larmoiement et ses complications.

Tel est le rôle spécial des canines supérieures.

Il donne lieu à une indication thérapeutique précise : chaque fois qu'un abcès de la canine supérieure ne guérit pas promptement, l'avulsion s'impose.

Cette intervention radicale n'est pas indiquée dans les troubles oculaires réflexes.

Nous avons vu que dans les cas de cécité réflexe les symptômes oculaires sont le plus souvent consécutifs à de fortes douleurs, à des rages de dents. Ces « paroxysmes névralgiques » que nous avons trouvés mentionnés dans les observations passées en revue représentent évidemment le symptôme subjectif d'une pulpite aiguë. L'avulsion des dents incriminées a donné des résultats excellents. Nous

devons néanmoins nous demander si cette intervention n'est pas trop radicale. L'art dentaire moderne dispose de moyens sûrs, permettant de guérir une pulpite en conservant la dent. Dans les cas de cécité dite réflexe il importe avant tout de mettre un terme à la douleur. Or, vous serez certainement de mon avis quand j'émets l'opinion que ce but peut être atteint par des interventions moins radicales que l'avulsion. Quand c'est un abcès qui provoque des symptômes réflexes, rien ne vous empêchera de vous faire guider par les lois générales applicables au traitement de cette affection.

La question de la conduite à tenir devient plus embarrassante quand nous avons affaire à un trouble oculaire par propagation de l'inflammation. Ici l'affection purulente ne se limite plus à la dent et à son entourage immédiat ; elle a envahi les tissus voisins, menaçant souvent non seulement l'existence d'un œil, mais la vie d'un malade. Dans ces cas il me semble prudent d'avoir recours à l'extraction, qui permet de faire de larges irrigations du foyer primitif de la suppuration, d'examiner de près l'os maxillaire. Les règles classiques qui guident le chirurgien placé en face d'un phlegmon profond, menaçant l'encéphale et ses enveloppes, trouvent ici leur application. Nous sommes en droit d'espérer que ces règles pourront être modifiées dans un avenir prochain, grâce aux progrès incessants de la sérothérapie. Quand nous posséderons un sérum capable de mettre un terme à un phlegmon orbitaire, ici encore l'avulsion pourra être remplacée par le traitement conservateur, chaque fois que l'état de la dent elle-même le permettra.

Quand il s'agit de la propagation d'une inflammation lente, ayant donné lieu à une névrite optique, une intervention radicale et prompte s'impose. L'atrophie consécutive du nerf de la vision aura d'autant plus de chance d'être évitée que l'inflammation du nerf aura duré moins longtemps. Mais dans un certain nombre de ces cas, le diagnostic différentiel entre une amaurose réflexe et une névrite optique n'est pas toujours facile. Les symptômes subjectifs

de ces deux affections présentent une certaine ressemblance, et les symptômes ophtalmoscopiques de la névrite optique dite rétrobulbaire peuvent être fort peu apparentes. Or, nous venons de le voir, la conduite à tenir sera différente dans les deux cas : conservatrice pour l'amaurose réflexe, radicale pour la névrite propagée. Elle ne pourra être fixée que par une étude approfondie des symptômes oculaires, qui permettra d'instituer le diagnoctic différentiel entre l'amaurose dite réflexe et la névrite rétrobulbaire.

LEÇON CLINIQUE FAITE A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Par M. le Dr Frey,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Dentiste des hôpitaux.

SIALORRHÉE RÉFLEXE DUE A UN SÉQUESTRE DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE

Vous vous rappelez le nommé C..., auquel nous avons extrait la racine de sa 2e petite molaire supérieure droite, il y a quinze jours. Cette racine était soulevée par une quantité considérable de pus ; l'état général était mauvais ; c'était, à peu de chose près, cet état de cachexie buccale dont parle Chassaignac à propos des accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse : langue saburrale, haleine horriblement fétide, engorgement ganglionnaire sous-maxillaire à droite considérable, fièvre, pâleur du teint, affaissement général, etc.

La racine enlevée, l'abcès ouvert, le pus s'écoulant à la fois par l'alvéole et l'ouverture gingivale de l'abcès, les troubles locaux et le mauvais état général ne tardèrent pas à disparaître.

Vous rappelez-vous la salivation incessante que présentait le malade sans qu'il s'en plaignît ? Quand il racontait son histoire, il interrompait son récit à toute minute pour cracher. J'attribuai ce symptôme à une sécrétion réflexe exagérée, provoquée par l'abcès.

Aujourd'hui nous revoyons notre malade ; il va bien au point de vue de l'état général et même local, il n'y a plus la moindre suppuration, l'alvéole est fort bien cicatrisé, et cependant il se plaint de continuer à saliver, de jour, de nuit, « *plus encore qu'autrefois, dit-il* ». C'est une salive claire, très aqueuse ; le jour, ce crachotement incessant finit par lui faire éprouver une sorte de lassitude de tous ses muscles de la face et du cou ; la nuit, il se réveille, son oreiller inondé de liquide. J'interroge le malade sur les différents caractères de ce ptyalisme et je note ce détail : en *1870*, pendant la campagne, il dut se faire extraire une « grosse dent » après des douleurs épouvantables, dont il se souvient encore, avec gonflement et rougeur de la joue, qui en imposèrent au chirurgien-major pour un érysipèle. Quelques semaines après l'extraction, alors que tout semblait être rentré dans l'ordre, la salivation, dont il se plaint encore aujourd'hui, s'installa, pour ne plus jamais s'arrêter, d'une façon continue, régulière, au point qu'il finit par en prendre en quelque sorte l'habitude. Dans la journée il se contentait de mouiller plusieurs mouchoirs ; le matin, il se réveillait toujours sur un oreiller humide.

Jamais aucune gêne dans la bouche, jamais la moindre réaction intra-buccale. Il perdit peu à peu presque toutes ses dents supérieures par carie et se fit faire un dentier du haut dont il se sert à la perfection.

Etat général toujours *excellent à tous les points de vue*. Mais, depuis ces derniers accidents, ce ptyalisme s'était exagéré, notre malade en était fatigué et inquiété.

Examinons, la bouche de notre malade. Voyez, à droite, la saillie muqueuse par où le canal de Sténon déverse son contenu ; elle est turgescente et rouge ; le miroir dentaire qui me sert à écarter la joue et à découvrir le vestibule se couvre d'une salive limpide qui coule abondamment ; si je mets de la même façon mon miroir à gauche, il reste sec, ou à peu près.

Il doit y avoir dans cette région quelque chose qui exagère d'une façon continue la sécrétion parotidienne à droite.

Vous savez que toute irritation dans cette région provoque le réflexe salivaire parotidien. Enlevez le tartre au niveau du collet de la 1re et souvent de la 2e grosse molaire supérieure, soignez une carie d'une de ces deux dents, et surtout de la dent de six ans, au collet particulièrement, l'irritation dentinaire ou pulpaire aboutira à une inondation salivaire contre laquelle il faudra vous défendre, si vous voulez continuer vos soins à sec.

Quelle peut être cette cause qui, depuis 28 ans, par sa présence provoque le ptyalisme ? Inspection : constatez d'abord l'absence de toute dent, débris de dent ou racine à la mâchoire supérieure à droite ; la gencive partout est nette ; mais voyez cette dépression de la muqueuse au niveau de l'emplacement de la 1re grosse molaire supérieure droite. *Avec le stylet* nous y pénétrons, nous sommes dans un petit trajet ; à 1/2 centimètre de profondeur, il est facile de sentir la présence d'un corps rugueux et mobile assez volumineux. Par la *palpation* de la gencive nous ne provoquons aucune douleur ; cependant, en comprimant assez fort au niveau du trajet, nous constatons un certain endolorissement.

Y a-t-il écoulement de pus par le trajet ? C'est probable, mais je ne le constate pas. Comme l'écoulement doit se faire sans difficulté, comme il n'y a aucune rétention possible, le pus se mêle à la salive et rien ne vient nous en avertir macroscopiquement.

Il y a donc là un séquestre osseux ; c'est lui qui provoque le réflexe salivaire. L'ostéite a dû accompagner les accidents pseudo-érysipélateux que présenta notre malade en 1870. C'est elle qui a abouti à la formation du séquestre, lequel a été la cause du ptyalisme. Si cette sécrétion s'est exagérée dans ces derniers temps,c'est à la suite de l'abcès provoqué par la racine de la petite molaire, lequel abcès a irrité toute la région du voisinage.

Nota. — Un vaste séquestre très effilé,de 2 cm 1/2 de long et 1 cm dans sa plus grande largeur, fut enlevé sans la moindre difficulté. Le soir même, le ptyalisme avait cessé.

La cicatrisation fut très rapide et le résultat obtenu s'est maintenu.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE.

Réunion du mardi 18 octobre 1898.

Présidence de M. le Dr QUEUDOT, président.

M. Siffre fait une communication sur les conséquences du traumatisme sur la pulpe dentaire. Il cite neuf observations dans chacune desquelles son étiologie est un traumatisme ancien, parfois oublié, mais n'en ayant pas moins existé.

L'auteur estime que ces cas sont trop négligés au début par les patients,qui ne s'adressent au dentiste que longtemps après. Son procédé consiste à traiter immédiatement la dent par la trépanation et l'extraction des filets nerveux.

M. le Dr Amoëdo cite quatre cas présents à sa mémoire. Il estime que ces abcès sans cause immédiate ne sont pas toujours dus au seul traumatisme ; il invoque aussi comme cause de ces accidents le décollement des gencives par suite de l'accumulation du tartre, les troubles graves par suite de fièvres infectieuses.

Comme traitement il est d'avis d'attendre. Pour s'assurer de la mortification de la dent, l'opacité et la décoloration lui suffisent.

M. Insall cite trois cas de dents mortes à la suite d'influenza, ce qui semblerait prouver que le traumatisme n'est pas l'unique cause des abcès de ce genre.

M. Amoëdo présente un nouveau registre journal de comptabilité avec abréviations sténographiques à l'usage des dentistes.

(Extrait de la *Revue Odontologique*.)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 16 mai 1898.

Présidence de M. PIETKIEWICZ, président.

I. — PRÉSENTATION D'ANOMALIE, PAR M LEMPERT

M. Lempert présente une hétéropie de la canine inférieure gauche placée immédiatement en dehors de l'incisive latérale ; celle-ci est en rotation de 90° sur son axe, la face linguale étant devenue distale.

M. Ferrier croit être de l'avis général en conseillant l'extraction de l'incisive.

M. Lempert se rallie à l'opinion commune ; mais il aurait d'abord réimplanté la canine, s'il y avait eu la place, en créant un alvéole artificiel, et fait subir la rotation brusque à l'incisive.

M. Rodier ne croit pas possible la rotation de l'incisive ; il vaut mieux extraire l'incisive et ramener en arrière la canine que de tenter des tractions avec des anneaux de caoutchouc, d'autant plus qu'en émettant des doutes sur une réimplantation de canine il pense que cela serait pratiquement peu réalisable.

M. Gourc est de l'avis que la meilleure manière d'opérer est évidemment celle du précédent orateur, la résorption de la paroi postérieure devant se faire facilement, car, après l'extraction de l'incisive, elle sera très peu épaisse.

M. Pietkiewicz objecte à M. Lempert que la rotation des incisives est impossible au maxillaire inférieur, puisque les racines de ces dents sont aplaties latéralement.

II. — Présentation de tumeur, par M. Rodier

M. Rodier présente une tumeur de la pulpe d'une grosse molaire d'une grosseur peu commune, un petit pois environ, assez douloureuse, mais sans irradiations nerveuses. Il présentera plus tard le résultat de l'examen histologique.

M. Gourc a vu sur le même sujet au maxillaire inférieur et de chaque côté une tumeur de même grosseur sur les dents de six ans ; ces tumeurs étaient presque indolores ; il est étonné qu'on dise et imprime partout que ces tumeurs sont toujours très douloureuses, alors qu'il n'en est pas ainsi dans beaucoup de cas.

M. Pietkiewicz dit que ces tumeurs deviennent de plus en plus rares, parce qu'on se soigne mieux et qu'on les confond quelquefois avec celles du périoste pénétrant dans une carie profonde.

M. Gourc affirme que dans le cas qu'il a cité il s'agissait bien d'hypertrophies pulpaires faciles à contourner et à limiter dans leur loge.

M. Rodier insiste sur la possibilité de faire le diagnostic par la couleur de la tumeur.

III. — De la radiographie, par M. Pietkiewicz

Après les applications des rayons X à la chirurgie générale, j'ai passé en revue rapidement leurs applications nombreuses à la chirurgie dentaire et j'espère avoir démontré leur importance dans bien des cas et surtout pour le diagnostic et le traitement d'anomalies dans lesquelles ils nous donnent des indications absolument précises sur le choix du traitement à suivre : opération ou appareils, par exemple.

Je vous ai d'abord montré la radiographie déjà ancienne de la moitié d'un crâne dépouillé de ses tissus mous, c'est-à-dire une expérience faite dans des conditions exceptionnellement favorables, qui avait le mérite de démontrer qu'il était possible de voir très nettement, avec tous leurs détails de forme et de direction, les racines incluses dans les maxillaires.

Le sujet présentait même d'intéressantes anomalies, qui seraient restées ignorées sans la radiographie.

Puis j'ai fait passer sous vos yeux le moulage et la radiographie de la bouche d'une jeune femme de 23 ans dont l'incisive latérale supérieure droite était en rotation de 90° et qui était venue nous demander de lui réduire cette anomalie. La radiographie ici présentée nous a permis de voir que la racine de cette dent était de forme absolument normale, que nous pouvions donc réduire en un instant et pour toujours par la rotation brusque cette anomalie pour laquelle l'emploi des appareils se serait, au contraire, absolument imposé si la racine avait eu une forme anormale.

En février dernier j'ai présenté à la Société un jeune homme qui m'avait été adressé à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques années, avec une rétroversion des quatre incisives supérieures. Cette anomalie fut rapidement corrigée, et de la façon la plus satisfaisante, comme vous avez pu en juger. A cette époque, l'enfant avait encore ses canines temporaires, ce qui était naturel à son âge.

Lorsqu'il vint cette année, à 19 ans, me demander de lui soigner une grosse molaire cariée, je constatai la persistance de ces mêmes canines temporaires, et cela constituait maintenant une anomalie. La radiographie montra ses canines définitives incluses dans l'épaisseur même de la voûte palatine et complètement évoluées, ce qui me permet d'affirmer que le sujet gardera telles ses canines temporaires et que les canines définitives ne feront jamais leur évolution.

Je vous ai présenté le moulage de la bouche d'une jeune fille de 20 ans qui ne possède pas d'incisive latérale. La radiographie montre l'absence absolue de ces organes en un point quelconque des maxillaires.

Au mois d'octobre dernier, me fut amenée de province une jeune fille de 13 ans, dont la canine temporaire supérieure gauche persistait à la place de la canine définitive, qui commençait à faire son éruption en arrière de l'incisive latérale dans la voûte palatine. La canine temporaire étant très solide, je donnai le conseil d'attendre que la dent définitive fût un peu plus développée, me réservant au moment opportun d'en faire l'extraction, réduisant ainsi au minimum le traitement de cette anomalie. Mais, au mois d'avril de cette année, la jeune fille me fut amenée de nouveau ; je constatai une carie profonde de la canine temporaire que j'avais d'abord voulu conserver. La pulpe

était à nu et infectée, je fus obligé de la détruire et, quelques jours après, j'obturai la cavité de la carie à l'aide de la gutta-percha, remplacée depuis par une obturation définitive.

Autant avant cet incident j'avais été d'avis de conserver la canine temporaire, autant j'avais envie maintenant de la sacrifier et d'amener à sa place la canine définitive. Mais le sommet de cette dent, comme vous avez pu le constater sur le moulage présenté, se trouvait en arrière de l'incisive latérale, je ne savais au juste quelle était la direction de sa racine ni son état de développement. La radiographie très nette que je vous présente démontre que la formation radiculaire n'est pas encore complètement achevée, mais que l'extrémité inachevée de cette racine se trouve immédiatement en arrière de celle de la canine temporaire, exactement entre l'incisive latérale et la première prémolaire, et de cette constatation je puis tirer la conclusion pratique qu'une fois la dent définitive complètement évoluée il me sera facile de la mettre en place dans l'arcade dentaire, après avoir extrait la canine temporaire dont il est maintenant impossible d'espérer la conservation définitive.

Enfin, je vous ai montré une des applications les plus intéressantes que j'aie vues. Une fillette de 8 ans me fut amenée par sa mère, très inquiète de la façon dont se faisait l'éruption des dents de sa fille. Les incisives définitives poussaient en effet de la manière la plus irrégulière, chevauchant l'une sur l'autre ou placées tout à fait en arrière les unes des autres. L'examen un peu rapide de la bouche m'amena à dire que, dans un cas aussi complexe, il serait peut-être utile de faire le sacrifice de dents temporaires sur le côté de la bouche. La mère attira alors mon attention sur ce fait particulier qu'elle n'avait jamais eu de premières prémolaires, que sa mère n'en avait pas non plus ni une de ses sœurs et enfin que, sur huit enfants, trois plus âgés que la petite fille n'avaient pas non plus de prémolaires, tandis que les autres en possédaient. On voit de quel intérêt il était dans ce cas de savoir si le sujet examiné aurait ou non ses premières prémolaires. La radiographie des deux mâchoires, prise de chaque côté au niveau de la région prémolaire, a permis de voir les premières petites molaires au sein même des maxillaires.

Ne sommes-nous pas heureux d'avoir sous la main dans bien des cas de retard de l'évolution un moyen de rassurer les parents inquiets de ne pas voir remplacée une dent temporaire extraite prématurément, en leur faisant voir de leurs propres yeux l'organe définitif en train d'évoluer ?

M. le Dr Ferrier constate que les travaux qui ont été publiés jusqu'ici sur l'application de la radiographie ou de la radioscopie ont eu surtout pour but l'étude du meilleur dispositif pour arriver à diagnostiquer la forme et la position des dents dans le maillaire, mais que l'utilité de la

radiographie en art dentaire ne semble pas se dégager très nettement de ces travaux. Au point de vue de l'extraction, le manuel opératoire sera-t-il modifié par la constatation d'une déviation antéro-postérieure, par exemple d'une racine de molaire, il ne le croit pas; pourrons-nous être renseignés sur une déviation des mêmes racines en dedans et en dehors ? Mais les racines déviées paraîtront plus courtes sur l'image, et si de cet aspect on peut conclure à une déviation, il est impossible d'en connaître la direction, et c'est justement ce qu'il importait de savoir au point de vue opératoire.

M. Saussine a montré dans une des dernières séances la radiographie d'une incisive médiane dont la couronne venait faire saillie dans la lèvre; il est bien évident que, si des médecins étrangers à l'art dentaire avaient pu être indécis dans leur diagnostic, lui, dentiste, ne l'a pas été un seul instant, et son diagnostic était fait avant l'intervention des rayons X.

Les rayons X pourront-ils permettre de différencier, par exemple, des tumeurs sarcomateuses des tumeurs liquides ? L'orateur aurait désiré voir déterminer par M. Pietkiewicz les cas dans lesquels les rayons X peuvent nous être d'une utilité incontestable.

IV. — Radiographie d'un maxillaire supérieur pour la recherche des canines permanentes chez un adulte. Présentation des plaques et de photographies, par le Dr Gourc.

L'observation que je vous présente aujourd'hui sort un peu du cadre restreint réservé à notre spécialité et je vous la présente avec d'autant plus de plaisir qu'il se peut qu'on vous demande un conseil avant d'aller trouver le dentiste.

Sur cette première plaque qui n'a rien de commun avec le cas dont je vous parlerai tout à l'heure, vous pouvez voir les petites et grosses molaires avec leur pulpe centrale et les canaux radiculaires ; mais, de plus, vous voyez la dent de sagesse en position normale implantée dans la branche montante du maxillaire dans une situation horizontale. Vous jugez de l'importance de cette radiographie au point de vue du manuel opératoire. Toute traction de dedans en dehors trop violente cassera net la dent, et *a fortiori* toute pression de bas en haut telle qu'on la pratique quelquefois avec une pince spéciale dans la construction et le maniement de laquelle je n'ai pas à entrer ici.

Voici maintenant l'observation qui m'est tout à fait personnelle et qui a plus d'intérêt que celle que je viens d'énoncer.

Mlle X..., 20 ans, se présente à notre consultation pour faire remplacer une dent qu'elle a cassée. « Je marie ma sœur dans huit jours, nous dit-elle, et vous comprenez que je ne puis rester ainsi ; ce vide dans ma bouche est d'un bien fâcheux effet. »

Pendant qu'elle cause, nous constatons que la dent fracturée au ras

de la gencive est la canine supérieure gauche, c'est-à-dire une dent très apparente et très importante pour l'esthétique ; en même temps, cet examen fait de loin et tout superficiel nous permet d'apercevoir une dentition saine et complète, exempte de caries et même de tartre, contrairement aux faits habituels. Un pareil cas de fracture s'accompagne ordinairement de caries multiples sur les dents voisines, si toutefois elles existent.

Nous devinons que la dent fracturée devait être une dent de lait restée dans la bouche, anomalie assez fréquente, puisque nous avons pu constater nous-même pareil fait chez une de nos patientes qui s'est refusée à nous dire son âge, mais à laquelle nous avons pu attribuer 36 à 38 ans ; il s'agissait, autant que nous nous le rappelons, de la canine droite supérieure.

Notre diagnostic est confirmé par la présence au même maxillaire de l'autre canine de lait, facilement reconnaissable à son petit volume, à l'usure de son extrémité, à sa forme spéciale, bien différente en somme de celle d'une dent permanente.

Il ne nous reste plus qu'à rechercher plus minutieusement les canines permanentes supérieures.

D'ordinaire, lorsque la canine existe, soit incluse à sa place habituelle, soit en train d'évoluer, on voit et on sent au toucher une bosselure très développée, la bosse canine que vous connaissez tous ; mais dans le cas dont il s'agit aucune proéminence — pas de bosse canine — le maxillaire fait un arc régulier de sa partie antérieure aux parties postérieures.

Ni la voûte palatine ni la cavité des fosses nasales ne nous laissent la moindre trace manifeste de la présence des dents que nous cherchons.

Le maxillaire inférieur ne présentait aucune anomalie, son développement était parfait, les canines permanentes avaient fait leur évolution en temps et lieux normaux. Il ne nous était cependant pas permis de conculure de l'un à l'autre maxillaire.

Il fallait trancher le diagnostic, car, si les dents existaient, notre devoir était de ne pas appliquer d'appareil prothétique, si petit qu'il fût, celui-ci devant gêner, sinon rendre impossible l'évolution de la canine gauche.

Voici une plaque et une photographie représentant le maxillaire supérieur du sujet.

La pellicule a été placée dans la bouche sur le maxillaire supérieur, l'ampoule en dehors et au-dessus, de façon à obtenir une projection.

Sur la plaque, par transparence, plus nettement que sur la photographie, vous pouvez voir en haut deux taches noires représentant les fosses nasales, taches blanches sur la photographie.

Immédiatement à côté et en dehors, les deux canines représentées en projection sur la pellicule avec leur forme réelle ; nous en verrons plus loin la raison. Enfin un œil exercé s'orientera très bien et reconnaîtra successivement plus bas et en remontant les incisives et les molaires.

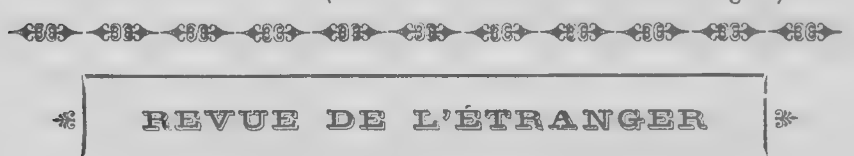
Nous en concluons donc : 1° que les canines permanentes existent;

2° qu'elles sont incluses dans le maxillaire et dans une position horizontale.

Ceci nous permet donc d'affirmer que jamais les canines ne feront leur évolution et partant que nous sommes autorisés en toute liberté à la pose d'un appareil prothétique; on comprend que l'intervention eût été tout autre si la dent eût occupé une position différente; dans ce cas nous n'avions qu'à enlever les débris radiculaires de la dent temporaires et deux cas pouvaient se présenter : 1° la dent était suffisamment sortie par des moyens de traction directs, mais très lents (durée : un an peut-être), nous n'avions qu'à compléter l'action de la nature ; 2° la dent n'était pas visible : il était indiqué d'attendre qu'elle eût fait son apparition et nous rentrions dans les conditions précédentes.

Nous croyons nous être suffisamment étendu pour vous montrer l'importance de la radiographie, non seulement en chirurgie générale, mais aussi dans l'art dentaire.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)



REVUE DE L'ÉTRANGER

TIC DOULOUREUX DE LA FACE

Névrectomie du nerf après résection de la paroi externe du canal dentaire, guérison

Par M. le Dr A. Duchateau-Frentz D. E. D. P.

Chef du service des maladies de la bouche et des dents à l'Institut chirurgical de Bruxelles.

Mme V. L..., 56 ans. Tempérament lymphatique. Rhumatisants et goutteux dans la famille.

Depuis *treize ans* la patiente éprouve des douleurs névralgiques dans la branche maxillaire inférieure droite. Sur les conseils de son médecin, Mme V. L..., consulta un dentiste. Celui-ci enleva la deuxième grosse molaire inférieure droite et brisa les couronnes de la dent de sagesse et de la première grosse molaire du même côté, sans songer à enlever les racines. Les douleurs persistèrent. Je n'insisterai pas sur la marche du mal à ses débuts ; elle ressemble à un cas que j'ai relaté antérieurement. Une chose pourtant mérite d'être notée : c'est que, pendant l'été, la malade avait des périodes d'accalmie qui duraient parfois de cinq à six semaines ; puis, brusquement, le mal revint.

Pendant les treize années que dura son martyre, la patiente — comme il arrive communément dans ces circonstances — s'adressa

un peu de tous côtés. On essaya tous les médicaments, tous les procédés. Rien n'y fit. Envoyée, le 15 décembre 1897, à l'Institut chirurgical, M. le Dr Bayer pratiqua la résection du bord alvéolaire du maxillaire inférieure du côté droit. Cette opération, qui, dans certains cas — ainsi que je l'ai constaté moi-même — donne d'excellents résultats, n'apporta ici aucune amélioration.

Mon confrère, M. le Dr Van Gehuchten, après avoir soigné Mme V..., dans son service pour les maladies nerveuses, me l'envoya avec prière de faire la névroctomie.

J'observai alors pendant quelques jours la malade et je constatai que les douleurs étaient continues et constamment exaspérées par les mouvements de la mâchoire et même par un simple ébranlement de la tête. Un rien suffisait : un éternument, une toux, pour provoquer un accès des plus douloureux. Alors la figure était congestionnée, tous les muscles du côté droit de la face étaient violemment contractés, les larmes coulaient des yeux, la patiente appuyait les deux mains sur le côté malade et, accroupie sur une chaise, elle était prise, pendant quelques instants, d'un tremblement général.

Inutile de dire que les insomnies, les douleurs persistantes avaient considérablement affaibli ma patiente. Le moral était fortement atteint.

Avant de procéder à l'opération, je fis un nettoyage complet de la bouche et du nez et, la malade étant chloroformisée, je lui enlevai toutes les mauvaises dents et tout les chicots. Je lui ordonnai ensuite de se laver la bouche avec une solution chloratée au centième. Huit jours après, les plaies de la bouche étaient en bon état et, le 4 mars 1898, je fis l'opération.

Voici comment je procédai :

La malade étant endormie, à l'aide d'une incision en forme d'arc dont les deux branches montantes longaient le bord postérieur du masséter et dont la convexité tombait au bord inférieur de l'angle de la mâchoire, je délimitai un lambeau arrondi qui comprenait, dans son épaisseur, la peau, le muscle masséter et le périoste de l'angle maxillaire.

Je détachai, avec le couteau, l'insertion inférieure du muscle précité, puis je décollai le lambeau et le rabattis vers le haut. L'angle du maxillaire était dénudé sans que j'eusse divisé l'insertion de la muqueuse à l'os. De plus, l'artère faciale qui longe le bord antérieur du masséter était évitée. Sur le milieu de la ligne qui relie le sommet de l'angle de la mâchoire au point de rencontre du bord antérieur de la branche montante et du bord supérieur de l'arc maxillaire, avec la gouge et le maillet, j'enlevai un morceau d'os mesurant un centimètre environ de largeur. Seulement, le canal n'était pas ouvert et, tout en ayant suivi scrupuleusement le procédé indiqué, si je ne me trompe, par Karl Löbker, je constatai une faute opératoire. A quoi

faut-il l'attribuer ? Je n'avais pas suffisamment tenu compte de l'âge de ma malade ni de son arthritisme.

Chez les arthritiques et les personnes âgées le canal dentaire est rétréci ; il faut l'ouvrir un peu au-dessus de la ligne normale.

J'insiste sur ce point parce que, si une faute opératoire, comme c'est le cas ici, ne donne pas lieu à des conséquences graves, il est certainement préférable de n'en pas commettre. La leçon que j'ai eue pourra peut-être profiter aussi à d'autres.

Je n'eus pas de peine à trouver le canal dentaire un peu plus haut et à faire paraître le cordon blanc formé par le nerf, ainsi que l'artère qui l'accompagne. J'agrandis encore un peu l'ouverture faite à l'os et, après avoir découvert le nerf sur une étendue d'environ 2 centimètres, je le chargeai sur un crochet, je l'isolai de son artère satellite, l'excisai sur une étendue d'un bon centimètre et cautérisai au thermocautère les deux bouts.

Ensuite, le lambeau fut rabattu et la plaie fermée par la suture.

Les suites de l'opération furent bénignes et le résultat fut une guérison complète.

En effet, opérée le 4 mars, ma patiente, depuis ce jour n'a plus ressenti la moindre douleur et son état général s'est tout à fait rétabli.

(Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles).

INFLUENCE DE L'ACIDE NITRIQUE SUR LES DENTS DES OUVRIERS DES FABRIQUES DE POUDRE

Les ouvriers des fabriques de poudre sont exposés, d'après le Dr R. Vogt, à une nécrose dentaire dont le commencement et le développement varient avec la durée de leurs occupations.

Tout d'abord les ouvriers éprouvent une sensation de pesanteur dans les incisives, qui leur paraissent rugueuses, perdent de leur éclat et deviennent jaunâtres ou brunâtres. Avec le temps, les dents atteintes se montrent de plus en plus sensibles aux changements thermiques et aux excitations chimiques et mécaniques, ce qui rend la mastication difficile. Parfois les douleurs sont extrêmement vives.

Bientôt les couronnes perdent leur forme, s'usent de plus en plus et disparaissent finalement jusqu'à la gencive. Cette usure présente un caractère particulier, qui consiste en ce que les incisives inférieures s'altèrent à leurs faces antérieures et en dessous, les incisives supérieures à leurs faces postérieures et en dessus, de sorte que ces dents ont à leur point de contact réciproque des surfaces en biseau qui s'étendent à toute l'épaisseur de la couronne et qui permettent de reconnaître la structure intérieure des dents dans une

section oblique. En raison de cette usure, le bord incisif des dents devient mince comme du papier et tranchant comme un couteau. L'usure progresse de la même manière vers le collet, que les dents deviennent de plus en plus courtes et disparaissent totalement à la longue. Les dents diminuent également en épaisseur et en largeur, leurs angles s'arrondissent, de sorte que les espaces interdentaires s'élargissent notablement.

Lorsque la couronne a disparu, l'usure semble s'arrêter, la gencive recouvre le chicot et constitue un moyen de protection pour l'absorption ultérieure de la substance de la dent.

Le Dr R. Vogt attribue cette maladie à l'action des vapeurs d'acide nitrique qui souillent l'air dans les fabriques de poudre. Des éponges imbibées d'une solution de soude et placées devant la bouche des ouvriers n'ont pu empêcher cette maladie.

(Ash and Sons' Vierteljahrs Bericht.)

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. le Rédacteur en chef, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

Un nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal anglais « *The Weekly Dentist* » publié par la rédaction du journal « *The Dentist* ».

La raison d'être de cette nouvelle publication, c'est que « *The Dentist* » ne paraît qu'une fois par mois et coûte 8 fr. 75 par an, tandis que « *The Weekly Dentist* » paraît toutes les semaines et ne coûte que 0 fr. 10 c. le numéro.

Les éditeurs ont estimé que, dans l'état actuel de la profession, un numéro par mois ne suffit pas et qu'au contraire une publication hebdomadaire tient le praticien au courant des événements et des nouvelles découvertes.

Nos compliments à notre nouveau confrère

Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle.

LES MÉDECINS MILITAIRES ET L'ART DENTAIRE

Par M. G. Gross,

Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

L'Odontologie du 15 octobre reproduit sous la rubrique « Intérêts professionnels » un article du *Progrès Militaire* relatif à la dispense des ouvriers mécaniciens-dentistes et au rôle des dentistes dans l'armée, article qui se termine par cette phrase, que je veux relever: « Mais ce n'est pas au moment où l'insuffisance des crédits ou » d'autres motifs retardent l'application de la loi du 15 avril 1898 » sur l'extension des cadres de nos médecins militaires qu'on peut » songer à faire entrer dans le corps de santé les dentistes qui, peut- » être utiles, sont d'autant moins indispensables que *les médecins de* » *l'armée savent et pratiquent l'essentiel de l'art dentaire.* »

Hélas! non, les médecins militaires ne savent pas et ne pratiquent par l'essentiel de l'art dentaire. Il n'en connaissent pas les notions théoriques les plus élémentaires; ils ignorent, à plus forte raison, les procédés techniques, les détails d'exécution, qui, seuls, font du dentiste un praticien utile.

Les médecins de l'armée ne s'occupent pas de chirurgie dentaire; il n'y a guère que l'un d'eux qui ait réellement étudié cette branche de la médecine. C'est donc le savoir dentaire de cet unique auteur, qui, à lui seul, représente l'art dentaire dans l'armée, que j'ai l'intention d'analyser dans la première partie de cet article.

Son œuvre consiste dans une publication, véritable petit traité pratique à l'usage des médecins militaires, qui est divisée en quatre parties:

1° Hygiène de la bouche et examen de la denture;

2° Carie, ses complications et son traitement;

3° Traumatisme des dents et maladie de Fauchard;

4° Extraction et prothèse des dents.

Dans la première je relève d'abord dans un nouveau tableau d'éruption: éruption de la première molaire temporaire à 14 mois, de la deuxième à 15 mois et de la canine permanente à 9 ans.

Un peu plus loin M. l'auteur émet une théorie pour expliquer le défaut de résistance des dents et le mode de répartition des caries que l'on avait le tort d'attribuer jusqu'ici à des influences ethniques:

« Le défaut de résistance des dents résulte plutôt d'une insuffisance de travail par suite de l'usage d'aliments trop mous. »

Quelques pages plus loin, en deux lignes la condamnation du redressement immédiat :

« Ne pas employer le redressement brusque d'une dent déviée, sous peine de la voir s'éliminer consécutivement. »

Il me semble pourtant que le redressement immédiat, — et par redressement immédiat j'entends, non le redressement de Cunningham, qui, est loin d'avoir fait ses preuves, mais la rotation brusque de Magitot, méthode qui mérite d'être prise en considération — il me semble, dis-je, que le redressement immédiat est surtout applicable à la chirurgie d'armée, où le temps et les moyens font défaut, car il est très rapide et ne nécessite pas d'appareil.

Au sujet de la pathogénie des accidents de dents de sagesse, je signale, en passant, une théorie nouvelle, qui est en contradiction avec la théorie ordinairement admise de la gêne dans l'évolution : l'auteur attribue ces accidents à des inclusions épithéliales, suppurant vers la vingtième année, comme les kystes dermoïdes.

Voici maintenant une grosse parole, qui peint bien l'état d'esprit de l'auteur, état d'esprit qui est malheureusement partagé par beaucoup de ses confrères :

« L'extraction est une excellente opération, tandis que le traitement conservateur des dents à pulpe nécrosée n'a pas encore fait ses preuves (en 1896 !!) et nécessite, d'ailleurs, des soins si prolongés pour un résultat aléatoire qu'on ne peut l'admettre qu'à titre tout à fait exceptionnel. »

C'est tout pour la première partie ; voyons la deuxième, qui comprend : l'étude de la carie, ses complications, son traitement.

J'écourte autant que je puis, je ne note que les grosses choses, négligeant beaucoup de détails, mais je me fais un devoir de signaler à mes confrères quelques-unes des opinions émises dans ce livre.

Ceci est dédié à M. le Dr Frey qui, dans son cours de pathologie spéciale, nous a souvent fait part de son embarras à donner une bonne définition de la carie dentaire :

« La carie dentaire est une sorte d'ulcération de la dent de nature purement chimique. »

Comme définition celle-ci a, au moins, à défaut d'autres, le mérite de la simplicité et de la brièveté.

La classification de la carie à donné lieu à passablement de controverses ; nous avions la division de la carie en deux degrés : carie non pénétrante et carie pénétrante ; la division ordinairement admise, en quatre degrés, de l'Ecole Dentaire de Paris ; nous aurons désormais

la division ci-dessous, applicable probablement à la carie... militaire, en trois degrés, division que voici :

« 1er degré. — Cavité plus ou moins profonde, sans lésion de la pulpe ;
2e degré. — Même lésion avec infection de la pulpe ;
3e degré. — Même lésion avec mortification de la pulpe. »

Cette classification, après tout, n'est pas plus mauvaise qu'une autre ; mais l'auteur lui-même s'y perd : il prend un degré pour l'autre et aboutit à une confusion regrettable.

Je cite entièrement un passage un peu long, mais qui édifiera complètement sur les connaissances techniques de l'auteur. Il s'agit du traitement du 2e degré (notation militaire), 3e degré de la notation habituelle :

« On place au fond de la cavité, préalablement nettoyée, un très petit tampon d'ouate fortement imprégnée de solution antiseptique (*acide salicylique* 1/10) et on l'y maintient par un tampon plus gros, que l'on enfonce avec l'excavateur sous les anfractuosités de l'orifice pouvant lui servir de point d'appui. Le pansement, qui ne doit pas comprimer le fond de la cavité, est renouvelé tous les jours. On juge que le but est atteint quand la sensibilité a disparu et que l'ouate passée dans le fond de la dent ne prend plus de mauvaise odeur. On se trouve alors dans le cas de la carie du premier degré. Les tentatives de traitement qui n'ont pas abouti après huit jours annoncent presque à coup sûr un insuccès définitif et indiquent l'extraction. En cas de doute on peut tenter une obturation provisoire que l'on remplace ensuite, s'il reste la moindre odeur ou la moindre sensibilité, par une obturation, avec trépanation d'une face latérale de la dent. On peut également faire une obturation définitive en plaçant dans la cavité, pendant qu'on l'obture, une sonde que l'on retire après solidification du mélange, de manière à laisser un canal pour l'évacuation des liquides septiques. Ces procédés de traitement aboutissent à une carie du troisième degré, et la dent finit par se briser ; ils ne doivent donc être employés que très exceptionnellement.

Quand la pulpe est à nu, mais vivante, on peut encore l'arracher avec le tire-nerf, ou la détruire au fer rouge, aseptiser extemporanément et obturer ensuite la cavité. Si la pulpe saigne au moment de sa destruction par le tire-nerf, les chances sont favorables, à condition que l'obturation soit faite immédiatement. »

Pas un mot du pansement arsénical, qui nous est si utile. Il est vrai que l'auteur l'emploie dans son troisième degré (mortification de la pulpe et infection radiculaire), où son utilité est plutôt contestable. Je comprends fort bien que s'il traite ainsi ses dents, il ne soit pas enthousiaste du traitement des caries pénétrantes.

L'extraction est pour lui, le traitement de choix. En voici encore des exemples :

« Le traitement rationnel de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire est l'ablation de la dent. »

Plus loin :

« Les fistules alvéolaires n'ont de traitement que l'extraction de la dent malade. »

Passons rapidement. Dans la troisième partie de la brochure (traumatisme des dents et maladie de Fauchard) l'auteur émet une nouvelle théorie sur la pathogénie de cette dernière affection. Il attribue la pyorrhée alvéolaire à une sclérose de la pulpe. Cette théorie est difficilement défendable ; l'auteur fait de l'affection pulpaire le symptôme primordial, tandis qu'il est manifestement reconnu, et tous les faits cliniques le prouvent, que l'arthrite alvéolo-dentaire est le fait primitif et que la pulpite, si elle existe, n'est que secondaire.

Je note dans la quatrième et dernière partie — extraction et prothèse des dents — un mode opératoire pour l'injection de cocaïne qui s'éloigne un peu de celui qui est ordinairement employé :

« Enfoncer la canule entre la dent et la gencive jusqu'à ce que sa pointe s'engage entre l'alvéole et la racine, de manière à fixer la seringue. »

Voici d'autre part un nouveau procédé de fixation des dents transplantées qui mérite les honneurs de la réimpression. Je cite textuellement :

« En fait de moyen de fixation, le mieux serait peut-être d'enlever avec la dent greffe une petite portion de gencive que l'on suturerait à celle du patient avec deux ou trois points de crins de cheval montés sur une aiguille très courbe d'ophtalmologie ; on nourrirait l'opéré pendant plusieurs jours avec des aliments liquides. »

Je devrais terminer cette analyse sur cette dernière citation, mais je ne puis résister au désir de signaler la thérapeutique de l'auteur ; elle est très simple : elle consiste en *acide salicylique au* 1/10 dans tous les cas :

Dans les accidents de dent de sagesse comme hémostatique.

Dans la gingivite.

Dans la carie simple comme anesthésique dentinaire.

Dans le troisième degré comme médicament conservateur.

Comme révulsif gingival dans la pulpite.

Dans les ulcérations buccales simples.

Pour insensibiliser la dentine à la suite des fractures non pénétrantes.

Dans la maladie de Fauchard.

Comme hémostatique dans les hémorragies dentaires.

*
* *

Cette étude critique a été un peu longue, vu le nombre des faits à relever et la situation de l'auteur de la brochure qui me faisait un devoir de ne rien négliger, cet auteur étant, comme je l'ai dit, le seul médecin militaire qui se soit occupé aussi longuement de l'art dentaire. Je comprends fort bien que notre art paraisse à première vue bien secondaire et qu'un professeur, habitué à traiter les grandes questions de médecine et de chirurgie ait beaucoup de peine à se plier aux petites minuties qui font d'un dentiste un bon praticien. Ceci ne donne que plus de mérite à celui qui a entrepris cette pénible tâche et qui, pour ne négliger aucune source d'information, est même venu visiter nos écoles professionnelles. Peut-être n'a-t-il été qu'un observateur superficiel. Quoi qu'il en soit, son œuvre, malgré ses imperfections, est méritoire; elle témoigne d'une bonne volonté précieuse. Mais malheureusement la position de professeur de l'auteur, le manque d'autres livres étudiant la question font de cette brochure un traité classique que les médecins militaires doivent certainement consulter. Les élèves stagiaires des hôpitaux militaires lorsqu'ils connaissent un traité de chirurgie dentaire, ne peuvent connaître que celui-là. Comment est-il possible, que guidés par ce livre, les élèves qui ont encore bien moins approfondi la question puissent obtenir le moindre résultat pratique?

Je sais bien qu'au Val-de-Grâce il existe un cours de chirurgie dentaire que doivent suivre les élèves-stagiaires, futurs aides-majors; mais ce cours est très superficiel. De l'avis de tous M. le Dr Ferraton, qui en est chargé, est un homme de valeur, un excellent chirurgien; mais j'imagine qu'il ne doit pas être rompu à la pratique dentaire.

J'en suis donc amené à cette conclusion: le chroniqueur militaire est dans l'erreur; faute d'un bon enseignement spécial, les médecins militaires ne peuvent connaître et pratiquer même l'essentiel de l'art dentaire.

Au régiment, les élèves-stagiaires devenus aides-majors ou majors sont chargés du traitement des affections dentaires qui forment une partie importante de leurs attributions. Avec leurs connaissances notoirement insuffisantes que peuvent-ils faire? Extraire, tout simplement, et dans quelles conditions de compétence et avec quels instruments! Ils ne peuvent, n'ayant pas assez de temps à leur disposition, ni ne veulent soigner les dents. Le soldat est enfermé dans ce dilemme : ou perdre ses dents prématurément ou bien souffrir.

Voilà le mal.

Quel est le remède?

D'abord est-il absolument nécessaire de soigner les dents des hommes sous les drapeaux? Evidemment oui, c'est indispensable. C'est à cette période de la vie (18 à 25 ans) que la carie fait le plus de ravages; laisser ses dents sans soins, pendant trois ans c'est

s'exposer à des pertes irréparables. Le soldat, même s'il a l'intention de se faire soigner en ville, ne le pourra pas; il n'a pas assez de temps à sa disposition ; les permissions sont trop courtes pour que l'on puisse entreprendre un traitement efficace. C'est une question qui intéresse toute la population, maintenant que tout le monde est appelé à demeurer plus ou moins longtemps sous les drapeaux; on ne saurait trop insister.

Quel serait donc le remède à cet état de choses ? Je ne vois que trois solutions :

1° Astreindre les étudiants de l'Ecole de santé militaire à pratiquer l'art dentaire sérieusement pendant plusieurs mois, de manière qu'ils puissent acquérir les notions pratiques suffisantes et sachent l'essentiel de la chirurgie dentaire.

Ceci est impossible; c'est d'abord une bien trop grosse modification dans l'enseignement pour une chose qui est, à tort, considérée comme accessoire. Ensuite, en admettant cette réforme comme réalisée, l'étudiant, devenu major, manquera de temps pour exercer un art que trop souvent il regarde comme tout à fait secondaire.

2° Créer des chirurgiens-dentistes-majors dans l'armée. C'est le but que poursuivaient MM. Godon et Viau en proposant leur vœu au Congrès de Lyon, vœu qui a été adopté par les congressistes. Ce serait certainement la solution idéale, celle qui donnerait le mieux satisfaction à la fois aux malades et aux dentistes. Mais je ne la crois pas praticable, du moins en ce moment. Elle est trop importante, elle créerait toute une série de grades nouveaux, exigerait le vote d'une loi spéciale et nécessiterait l'approbation du Parlement. Ensuite, comme il faudrait au moins un chirurgien-dentiste-major par régiment, étant donné le nombre de nos régiments, cette création entraînerait des frais considérables.

3° Reste une troisième solution : elle consiste dans l'utilisation méthodique des dentistes ou élèves-dentistes présents sous les drapeaux. Il existe un infirmier régimentaire par bataillon et il peut être créé des infirmiers supplémentaires ; ces infirmiers sont loin d'être surchargés de besogne ; pourquoi ne prendrait-on pas un dentiste pour remplir un de ces postes ? Il suffirait de lui faire faire deux ou trois mois de classes comme on le fait pour bien des dispensés. Il serait ensuite versé à l'infirmerie avec mission exclusive de passer tout son temps au traitement des affections dentaires sous la surveillance et la responsabilité des majors. Ce serait très facile ; il n'y aurait pas de loi à voter; une simple circulaire du ministre de la guerre aux chefs de corps ou de l'inspecteur général du service de santé aux médecins-majors suffirait, je crois. Il n'en coûterait même rien au budget, car les étudiants possèdent tous leur

trousse d'école, qu'ils se feraient un plaisir d'employer et qui est bien suffisante pour pratiquer les traitements même les plus compliqués.

Quant au rôle du dentiste dans la réserve, ne pourrait-on pas l'admettre à postuler le grade de médecin auxiliaire ? Les étudiants en médecine qui ont douze inscriptions peuvent se présenter à l'examen ; il suffirait d'admettre, pour ce point, l'équivalence des douze inscriptions de l'étudiant en chirurgie dentaire. Et la différence ne serait pas si grande, car l'étudiant-dentiste, en plus de ses études médicales théoriques, fait, lui aussi, un stage obligatoire dans les hôpitaux et les amphithéâtres de dissection. De plus, son passage à l'infirmerie régimentaire l'aurait déjà familiarisé avec les procédés de la médecine militaire. Le dentiste médecin auxiliaire serait attaché aux hôpitaux où, sans compter les services médicaux qu'il pourrait rendre, il serait très utile dans le traitement des affections qui rentrent dans son domaine professionnel. En cas de guerre, grâce à son concours, la prothèse des maxillaires et la prothèse faciale, immédiates ou médiates, pourraient être éxécutées sur une large échelle.

*
* *

Je résume en deux mots :

Les médecins militaires ne connaissent et ne pratiquent pas l'essentiel de l'art dentaire.

Il est indispensable que le soldat reçoive pendant son passage au régiment les soins de bouche nécessaires.

Dans l'armée active, seule l'utilisation méthodique des dentistes présents sous les drapeaux peut assurer ces soins.

Dans la réserve il est désirable que le chirurgien-dentiste soit admis à postuler l'emploi de médecin auxiliaire.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

Nous extrayons le jugement suivant de la « *Gazette des Tribunaux* » du 19 novembre 1898.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (9e ch.)

Présidence de M. PUGET.

Audience du 18 novembre 1898.

DENTISTE. — LOI DU 30 NOVEMBRE 1892. — TITRE DE DOCTEUR ÉTRANGER — PSEUDONYME.

Cette indication « docteur un tel, dentiste américain » répond suffisamment aux prescriptions de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, qui interdit aux docteurs en médecine diplômés par les universités étrangères de porter leur titre sans y ajouter la mention de son origine.

Contrevient à l'article 9 de la loi précitée, qui interdit l'exercice, sous un pseudonyme, des professions de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, le dentiste qui, sans donner l'indication de son nom de famille, porte un simple prénom.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France a poursuivi devant le Tribunal correctionnel, pour infraction à la loi du 30 novembre 1892, M. le docteur Baumgartner, en lui faisant un double grief de ne pas porter habituellement son nom de famille, mais seulement son prénom de Sylvestre, et de ne pas indiquer suffisamment l'origine étrangère de son diplôme.

Me Emile Roger a plaidé pour le Syndicat, et *Me Paisant* pour le prévenu.

Le Tribunal a rendu le jugement suivant :

« Le Tribunal ;

» Attendu que Baumgartner est inculpé d'avoir contrevenu aux dispositions des articles 20 et 9 de la loi du 30 novembre 1892 ;

» Attendu que l'article 20 punit d'une amende quiconque se livrant à l'exercice de la médecine fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère ; qu'il résulte des renseignements fournis par M. le commissaire de police que la plaque extérieure placée à la porte d'entrée est ainsi libellée : « American dentist » ; que la plaque fixée contre le montant de la porte de l'appartement est ainsi concue : « Docteur Sylvestre, dentiste américain » ; que l'origine étrangère du docteur Sylvestre

est donc suffisamment indiquée ; que dans ces conditions l'article 20 n'est pas applicable ;

» Attendu que l'article 9 interdit l'exercice sous un pseudonyme des professions de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste et de sage-femme ; qu'en n'indiquant pas son nom de famille et en le remplaçant par un simple prénom, Baumgartner a évidemment dissimulé son individualité d'une façon aussi complète que s'il avait pris un véritable pseudonyme et a ainsi contrevenu à l'article 9 de la loi de 1892 ;

» Par ces motifs ;

» Condamne le prévenu en vingt-cinq francs d'amende. »

OBSERVATIONS. — Les solutions interprétatives de la loi du 30 novembre 1892 données par le jugement qui précède paraissent nouvelles en jurisprudence. Au sujet de l'action qui appartient en pareille matière aux syndicats, voir : Trib. corr. Seine, 25 mai 1895 (*Gaz des Tribunaux*, 1er juin 1895).

Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

CONCOURS

POUR UN POSTE DE CHEF DE CLINIQUE D'ANESTHÉSIE.

ARTICLE PREMIER. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour un poste de chef de clinique d'anesthésie.

Ce concours commencera le dimanche 8 janvier 1899, à neuf heures du matin, au siège de l'Ecole, 45 rue de la Tour-d'Auvergne.

Le jury procédera d'abord, dans cette séance, à l'examen des titres des candidats.

Jury.

ART. 2. — Le jury se compose de quatre membres :

Le Directeur de l'Ecole, président ; le professeur titulaire d'anesthésie ; deux professeurs tirés au sort sur une liste présentée par le Conseil d'administration.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

Epreuves.

Art. 3. — Le concours comporte :

1° Une épreuve clinique comprenant :

a) Examen de trois malades et explication clinique de l'affection, le diagnostic, le pronostic, les indications sur l'intervention, le mode d'anesthésie à employer.

Le candidat aura *trois* quarts d'heure pour examiner ses malades, et une demi-heure pour l'exposition de ses conclusions.

b) Deux opérations d'urgence à exécuter séance tenante sur l'un des malades ou sur tout autre choisi par le jury.

L'une de ces opérations sera pratiquée avec l'anesthésie générale, l'autre avec l'anesthésie locale.

Cette épreuve sera subie aussitôt après l'examen des titres des candidats, le 8 janvier.

2° Une dissertation écrite sur un sujet tiré parmi huit questions qui seront portées à la connaissance des candidats, huit jours à l'avance, lors de la première séance, le dimanche 8 janvier. Cette épreuve sera subie le lundi, 16 janvier, à 8 heures du soir, au siège de l'Ecole.

Deux heures seront accordées pour ce travail, qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes. Il sera lu et soutenu devant le jury, le mardi, 17 janvier, à huit heures et demie du soir. Une seule question sera tirée pour l'ensemble des concurrents.

Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus, dont le maximum, de 95 points, est réparti comme suit :

Titres des candidats.	Titres universitaires.	5	35 points.
	Titres dentaires. . .	10	
	Titres scientifiques .	20	
Epreuve clinique.			40 »
Epreuve écrite.			20 »
Minimum fixé par la commission d'enseignement. .			60 »

Les points de titres seront donnés par le jury avant la première épreuve.

Les points obtenus ensuite seront annoncés à la fin des épreuves qui suivront. Le minimum ne donne pas droit à la nomination.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est proclamée par le Conseil d'adminis-

tration de l'Ecole, d'après les rapports dressés par le jury du concours.

Condition d'admission au concours.

Art. 6. — Etre âgé de 25 ans au moins, jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ; n'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école dentaire ou établissement similaire.

Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

Avoir fait acte de candidat huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes aux postes faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celle des titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Secrétariat général Paris, le 15 novembre 1898.

COMITÉ D'ORGANISATION PROVISOIRE

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli un résumé très succinct du procès-verbal de la séance dans laquelle a été constitué le Comité d'organisation provisoire du Congrès dentaire international qui doit se tenir en 1900 à Paris, pendant l'Exposition universelle.

L'importance de cette communication ne vous échappera certainement pas et vous reconnaîtrez que, pour assurer au prochain Congrès un succès au moins égal à celui qu'ont obtenu les Congrès de Paris, en 1889, et de Chicago, en 1893, il y a lieu de faire connaître dès maintenant tout ce qui concerne l'organisation de cette grande réunion professionnelle à tous les confrères destinés à y prendre part.

Je vous serais donc reconnaissant de vouloir bien accorder l'hospitalité de vos colonnes à la présente communication, que je me propose de faire suivre, de temps en temps, par d'autres notes, au fur et à mesure des travaux du Comité d'organisation.

Avec tous mes remerciements, je vous prie d'agréer, monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Le Secrétaire général,
Dr Sauvez.

P.-S. — Si vous aviez l'occasion d'apprendre quelque fait pouvant intéresser l'œuvre que nous avons entreprise, je vous serais fort obligé de le transmettre à M. le Dr E. Sauvez, rue de Saint-Pétersbourg, n° 17, à Paris.

A la suite d'une convocation adressée au groupement de l'*Ecole odontotechnique* par le Comité d'initiative constitué par l'*Ecole dentaire de Paris*, une réunion eut lieu le 26 juin dernier, dans le local de cette dernière école.

Cette réunion comprenait 34 membres ainsi répartis :

17 membres représentant le groupement de l'*Ecole dentaire de Paris*, (5 membres pris dans le Conseil de direction de la Société de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris ; 4 membres choisis dans le Bureau de la Société d'Odontologie de Paris ; 8 membres de province délégués par le Conseil de direction de l'Association générale des Dentistes de France).

17 membres représentant le groupement de l'*Ecole odontotechnique* (5 membres pris dans le Conseil de direction de la Société de l'Ecole odontotechnique ; 4 membres choisis dans le Bureau de la Société odontologique de France ; 8 membres de province délégués par le Conseil de direction de l'Association odontotechnique).

Après un exposé du but de la réunion et un historique des travaux du Comité d'initiative par M. Godon, l'Assemblée décida la nomination d'un Comité d'organisation provisoire, dont le rôle fut ainsi défini :

1° Préparer un projet de règlement ;

2° Faire appel au concours des Sociétés françaises en leur demandant de nommer un membre délégué par vingt membres actifs ou fraction de vingt membres ;

3° Se mettre en rapport avec les sociétés professionnelles étrangères et provoquer la formation de Comités d'organisation dans leurs pays respectifs ;

4° Enfin, préparer la réunion d'une assemblée générale des délégués, en mars ou juillet 1899, pour constituer le Comité définitif d'organisation.

Ce Comité provisoire est actuellement composé de :

MM.	Lecaudey,	Présid. d'honn.	MM.	Burt,	Secrétaire.
	Ch. Godon,	Président.		D'Argent,	—
	Dr Queudot,	Vice-prés.		Hivert,	—
	Ducournau,	—		Dr Maire,	—
	Dr Martin, de Lyon	—		Martinier,	—
	Schwartz, de Nîmes	—		Siffre,	—
	Viau,	Trésorier.		Rodolphe,	Trésor.-adj.
	Dr E. Sauvez,	Secr.-gén.			

Membres :

Damain.	Maleplate.
Frison.	Papot.
Lemerle.	Richard-Chauvin.

Audy, (Senlis).
Bacque, (Limoges).
Carel, (Nîmes).
Chouville, (Saint-Quentin).
Coignard, (Nantes).
Douzillé, (Agen).
Frélézeau, (Dijon).
Lechesne, (Caen).
Lée, (Reims).
Martin, (Saumur).
Mirebeau, (Bordeaux).
Dr Nux, (Toulouse).
Richer, (Vernon).
Torres, (Bordeaux).

Le Secrétaire général,
Dr E. SAUVEZ.

Pour tous renseignements concernant ce Congrès, s'adresser à M. le Dr E. Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg, à Paris.



NOUVELLES

ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

Dans la dernière séance, le Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris a décidé, sur la proposition du directeur, qu'en présence du grand nombre d'élèves inscrits, il y avait lieu d'adjoindre aux professeurs et démonstrateurs de dentisterie opératoire un opérateur convenablement rémunéré, qui serait chaque jour présent dans le service de dentisterie opératoire, de 8 heures du matin à midi.

Les chirurgiens-dentistes candidats à ce poste sont priés de s'adresser au Directeur de l'Ecole. Le choix sera fait après un concours sur titres.

UNE NOUVELLE FABRIQUE DE FOURNITURES POUR DENTISTES.

Nous apprenons la formation en Angleterre d'une compagnie pour la fabrication des dents artificielles et autres produits nécessaires aux dentistes.

2e CONGRÈS D'ODONTOLOGIE RUSSE

Sur le rapport du Ministre de l'Intérieur, l'Empereur de Russie a autorisé d'organiser le deuxième Congrès Odontologique qui aura lieu à Saint-Pétersbourg du 10 au 15 juillet 1899.

La Société odontologique de Moscou a obtenu l'autorisation de publier à Moscou, sans censure préalable, un journal dentaire en langue russe « La Revue odontologique » sous la direction de MM. les docteurs Kovarsky Urenises et Chemodanoff. Le journal paraît en faussicules au nombre de huit à douze par an.

(Extrait du *Zubovracheleng Viestnik.*)

M. J.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Réunion du 12 juillet 1898.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Lemerle, Martinier, Papot, Prével, Richard-Chauvin, Sauvez, Stévenin.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté, après observations de *MM. Papot* et *Stévenin.*

M. d'Argent donne lecture de la lettre suivante de M. Godon, relative à un projet de souscription et annonçant une souscription de 1.000 francs.

12 juillet 1898.

Mon cher d'Argent,

Vous vous souvenez que, lorsque nous cherchions, l'année dernière, un nouveau local, nous nous préoccupions de trouver un immeuble permettant non seulement de constituer pour notre Société une belle installation, mais encore nous offrant la possibilité d'assurer à cette nouvelle installation une longue durée soit par un long bail, soit par une acquisition.

Le succès de notre fête d'inauguration du mois dernier a confirmé pour tous d'une manière éclatante la réussite de notre entreprise.

Les conditions de notre bail nous permettent de réaliser en faveur de notre école notre deuxième projet, au moins dans une quinzaine d'années ; mais pour cela, il faut préparer la tâche des administrateurs de l'Ecole à cette époque, s'ils veulent réaliser la promesse de vente consentie par le propriétaire.

De l'étude qui a été faite lors de notre assemblée générale, il résulte que la somme qui pourra être nécessaire en 1912 pour cette réalisation sera très probablement inférieure à 350.000 fr. après les emprunts hypothécaires que l'on pourra obtenir d'un établissement financier.

Pour réunir cette somme, la première combinaison proposée à l'Assemblée générale de décembre 1897, consistant en un emprunt par versements en 15 annuités, remboursable, a été reconnue depuis au moins prématurée.

Il a semblé plus rationnel de recourir à la souscription déjà ouverte depuis 1879 et qui a fourni à notre Société en 18 années et dans des conditions plus difficiles qu'aujourd'hui près de cent mille francs de dons en argent et en nature.

Ce procédé de contribution volontaire nous paraît plus conforme au but philanthropique, à l'organisation désintéressée qui ont été adoptés pour cette institution.

Dans tous les cas, les administrateurs de 1912 auront toujours la possibilité de recourir à un emprunt complémentaire, si la souscription n'a pas produit suffisamment pendant ces quinze années.

Le Conseil de direction a, sur votre proposition, adopté cette manière de voir dans une séance antérieure.

En conséquence, il me paraît utile d'ouvrir dès maintenant cette seconde série de souscriptions avant que notre 1re année soit écoulée et d'adresser à ce sujet un appel à nos membres.

Afin d'assurer le succès de cette nouvelle souscription, il serait bon d'indiquer aux souscripteurs un procédé de souscription par versements

annuels — dix par exemple — de leur rappeler que si, faisant appel à leur générosité, on les prie de faire à l'œuvre commune un apport suivant leurs ressources, on leur demande surtout d'agir près de leur entourage et de leurs clients favorables aux œuvres philanthropiques.

Veuillez, mon cher d'Argent, si vous êtes, comme je le pense, partisan de cette proposition, donner lecture de cette lettre au Conseil, et dans tous les cas, m'inscrire, dans ces conditions, pour une souscription de mille francs (1.000 fr.).

Je pense que nous pourrons ainsi permettre à nos successeurs de compléter l'édification et assurer la perpétuité du *dispensaire dentaire des pauvres*, de la *maison commune des dentistes*.

Veuillez agréer, mon cher d'Argent, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

CH. GODON.

Le projet de souscription est pris en considération et des remerciements sont votés à l'auteur de la proposition.

Sur la proposition de *M. d'Argent*, une commission est chargée d'élaborer une circulaire et une brochure, de rechercher d'autres souscriptions et de rendre compte de ses travaux à la prochaine réunion du Conseil. MM. d'Argent, Viau, Lemerle et Roger sont désignés pour en faire partie.

M. Godon annonce que MM. Reymond frères ont fait don d'un appareil à l'Ecole, à l'occasion de l'inauguration, et qu'ils en ont été remerciés.

Il fait part de la mort de l'élève Thumas et des condoléances qui ont été exprimées à sa famille.

Il lit une lettre de M. le Dr Launois, qu'il a remercié, au nom du Conseil, du résultat de son concours.

Il lit également une lettre de M. Siffre, remerciant de son admission : une lettre de M. Hélot, fournissant des renseignements sur les mécaniciens-dentistes ; une lettre de M. Barrié, au sujet de son service.

Il fait connaître que le bureau a décidé que MM. Touvet-Fanton et Paulme assureront le service de clinique jusqu'au 1er novembre, puisqu'à cette date le 1er prendra le mardi, le 2e le vendredi.

Il rend compte, concurremment avec *M. Martinier*, de la peine disciplinaire prononcée contre l'élève L...

Il signale une lettre de M. Cunningham relative à une enquête sur la nécrose phosphorée.

La demande d'admission dans la Société de M. Morcel, présentée par *MM. Viau* et *Martinier*, est renvoyée au Conseil de famille.

Sur la proposition de *M. Stévenin*, M. Platschick est admis.

M. Prével lit un rapport sur la fête du 25 juin.

Des félicitations lui sont votées pour la peine qu'il a prise, et son rapport est adopté.

M. Bonnard rend compte des opérations de la vente David.

Le rapport de M. Bonnard est approuvé.

Des remerciements sont votés à *M. Lecaudey* pour un don de 208 francs en faveur du banquet.

M. Bonnard expose un projet d'organisation de lecture sur place.

Après observations de *MM. Godon* et *Papot*, ce projet est adopté pour 3 jours par semaine (lundi, mercredi, samedi), de 1 heure à 5 heures, à dater du 1er novembre.

La nouvelle brochure est adoptée avec les modifications qu'elle comporte.

M. Bonnard offre au musée une collection de 300 anomalies environ, provenant de la vente du Dr David. Des remerciements lui sont votés.

M. Godon est autorisé, sur sa demande, à entamer des pourparlers pour un cours théorique avec un professeur agrégé.

Sur la proposition de *M. Papot*, MM. les Drs Colonna et Souleyre sont admis comme élèves irréguliers de 3e année pour la prochaine scolarité, mais autorisés à commencer leurs études tout de suite.

M. Papot rend compte des examens.

Les résultats des 3 années sont successivement adoptés. (Ces résultats seront publiés dans notre prochain numéro dans le *Palmarès*).

M. Papot signale un incident survenu à propos de l'élève V...

Après observations de *MM. Lemerle* et *Bonnard*, le Conseil décide que l'élève V... devra recommencer sa pratique en novembre.

La séance est levée à minuit un quart.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

Séance du 3 août 1898.

PRÉSIDENCE de M. GODON, Président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

Sont présents : MM. Godon, Martinier, d'Argent, Papot, Lemerle. Stévenin.

M. le Secrétaire général lit le procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté après observations de MM. *Godon, Martinier* et *Lemerle*.

M. Godon présente des clichés devant être insérés dans la nouvelle brochure (Programme de l'enseignement). Cette insertion est approuvée.

M. Godon lit plusieurs lettres émanant de diverses sociétés dentaires, qui approuvent la requête adressée au Ministre de la Guerre relativement aux mécaniciens-dentistes, et qui font, pour la plupart, la même démarche dans le même but.

Il fait part du mariage de M. Vauvilliers, diplomé de l'Ecole.

Il donne ensuite communication d'une lettre du recteur de l'Académie. La lecture de cette lettre provoque un échange de réflexions.

Il communique ensuite la liste des élèves de 3e année qui, cette année-ci, ont été acceptés ou refusés aux examens de fin d'année.

Après discussion il est décidé qu'à l'avenir la commission d'enseignement désignera un délégué pour assister aux examens de la Faculté de médecine et recueillir les diverses questions posées aux candidats.

M. le Président donne lecture de la lettre de démission de M. Jacowski, démonstrateur ; MM. *Stévenin, d'Argent, Lemerle, Martinier*, présentent diverses observations ; la démission est acceptée.

M. Godon donne ensuite communication :

D'une lettre de M. L., dont la demande est prise en considération, après avis favorable de la Commission scolaire ;

D'une lettre d'explications de Mme F. ;

D'une lettre du Dr R., de Munich.

Cette dernière provoque des observations de la parl de *M. Papot*. Après une courte discussion, le Conseil décide le renvoi :

A la Commission de l'enseignement de la préposition d'achat des planches et modèles en plâtre du Dr R. ;

A la Commission de l'Exposition, de la demande de ce dernier, tendant à joindre, en 1900, son exposition personnelle à celle de l'Ecole.

M. le Président est autorisé, sur sa proposition, à faire les démarches nécessaires pour que l'Ecole participe à l'Exposition universelle internationale de 1900.

M. Papot dépose sur le bureau la photographie des membres du Congrès de Marseille, offerte à l'Ecole dentaire de Paris par M. Camoin, trésorier de l'Association des dentistes du Sud-Est. Des remerciments sont votés à M. Camoin.

Sur sa demande, et après avis favorable de la Commission de l'enseignement, M. Détroyat est nommé démonstrateur de prothèse.

Sur la proposition de *M. Stévenin*, président du Conseil de famille, le Conseil admet comme membres de la Société :

MM. Morcel, de Verdun ; Alf. May, de Rennes ; Enrico Coraini, de Treppio (Italie).

A la suite d'un échange d'observations, un concours pour une place de professeur d'anatomie régionale à l'Ecole est décidé en principe.

M. le Président donne communication de la nouvelle brochure du programme de l'enseignement et des modifications y apportées. Après discussion, il est décidé que le tableau détaillé des opérations ne figurera pas dans la brochure, mais sera simplement affiché à l'Ecole.

Une proposition de *M. Lemerle*, relative aux facilités accordées aux élèves diplomés qui veulent suivre les cours de 4e année, est adoptée et sera insérée dans la brochure.

M. le Secrétaire général donne lecture :

D'une lettre de M. Martial-Lagrange ;

D'une lettre de M. N..., élève de 2e année, dont la demande est rejetée par le Conseil.

Après avis favorable de la commission scolaire, le Conseil admet en 3e année, à titre étranger :

MM. Constantin Bertomy, diplomé de l'Ecole d'Athènes.

De Paepe fils, élève de 1re année, diplomé du Gouvernement belge.

Le Conseil décide que MM. Hugot, Gross et Détroyat seront avisés qu'ils seront hebdomadairement de service :

Le premier, le mardi,
Le second, le dimanche } de chaque semaine.
Le troisième, le samedi

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire général
P. Martinier.

DERNIÈRE HEURE

Lundi soir, 28 novembre, à l'École dentaire de Paris, très brillante fête de réouverture des cours de l'année scolaire 1898-99, sous la présidence de M. le sénateur Strauss, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Parmi les notabilités on remarquait M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, M. Mesureur, député, président de la Commission du budget, MM. Ducing, adjoint du VIIIe arrondissement, Ginárd, adjoint du IXe arrondissement et Marquez, conseiller général, etc.

On a beaucoup applaudi la conférence de M. le Dr Launois, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, professeur à l'École dentaire.

Nous donnerons dans notre prochaine numéro le compte rendu de cette belle fête qui a été extrêmement réussie.

Congrès national de 1899.

La Commission du congrès national de 1899 s'est définitivement constituée. M. Richard-Chauvin a été nommé président du comité central — M. Siffre, secrétaire général et M. Viau, trésorier. — Membres : MM. Martinier. Dr Queudot, Dr Sauvez.

La ville de Nantes a été adoptée comme siège du Congrès.

Faculté de Médecine

2e *Examen de chirurgien-dentiste.*

Lundi 5 décembre, à 1 heure. — MM. Hayem, Sebileau et Desgrez.

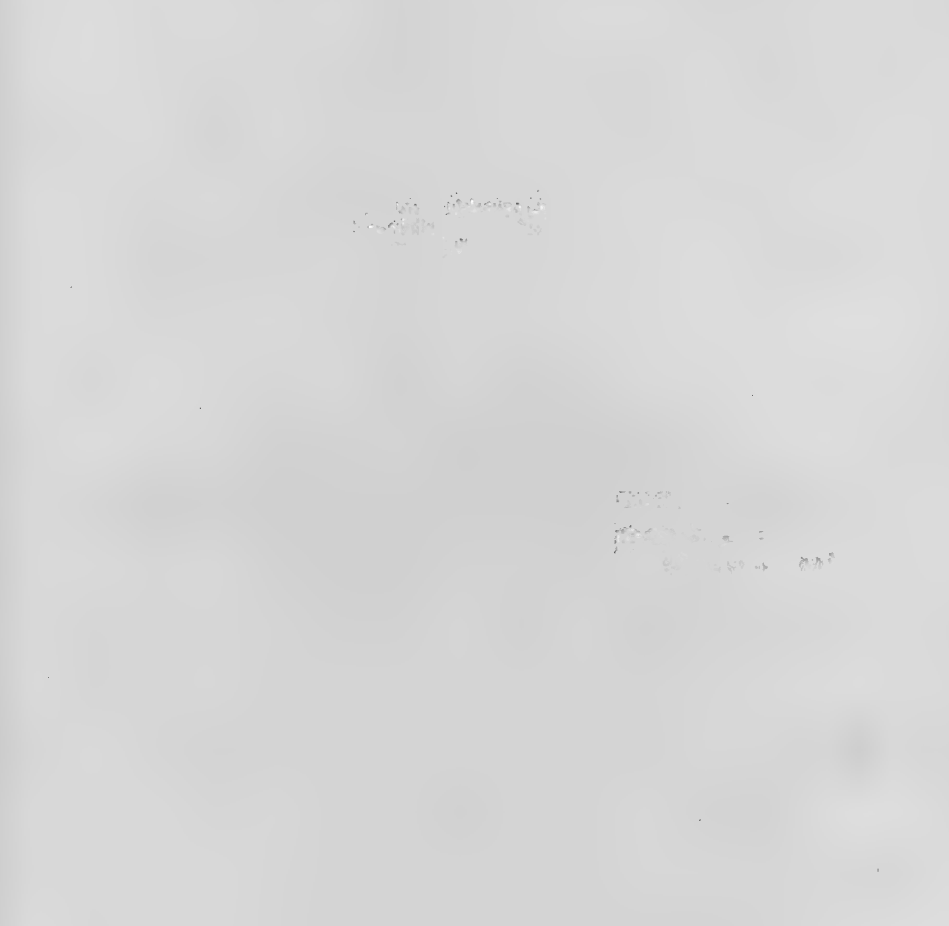
Mardi 6 décembre, à 1 heure. — MM. Troisier, Quénu et Gley.

Mercredi 7 décembre, à 1 heure. — MM. Landouzy, Hanriot et Sebileau.

Jeudi 8 décembre, à 1 heure. — MM. Quénu, Roger et André.

Vendredi 9 décembre, à 1 heure. — MM. Sebileau, Wurtz et Desgrez.

Samedi 10 décembre, à 1 heure. — MM. Cornil, Quénu et Hanriot.



Association générale des Dentistes du Sud-Est de la France



Réunion-Congrès des 29 et 30 Mai 1898, à MARSEILLE.

MM.

Lyon.

2 Marion. Cannes.

3 Dunster. Marseille.

4 Caselli. id.

5 Antetomaso. id.

6 Perrier-Nédey. id.

7 Berret. Montpellier.

8 Dethès (Léon). Marseille.

9 Garibaldi. id.

10 Reich. Toulon.

11 Loubières. Tarascon.

Nice.

Paris.

de L'Odontologie.

Paris.

15 Richa[illegible] [illegible]rvin. Paris.

Professeur à l'École dentaire de Paris.

16 Dr Garnier. Marseille.

Adjoint au maire.

17 Dr Livon. id.

Directeur de l'École de médecine.

18 Damain. Paris.

Directeur de l'École Odontotechnique.

MM.

Professeur [illegible] l'École Odontotechnique.

20 Siffre. Paris.

Secrétaire gén. du Syndicat des patentés.

21 Camoin. Marseille.

[illegible] de l'Association [illegible] Sud Est.

Marseille.

[illegible] de l'Association du Sud Est.

Rosenbaum. Paris.

31 Mitchell. Béziers.

32 Dr [illegible] fils. Marseille.

33 Schwartz fils. Montpellier.

MM.

Lyon.

De la Maison Reymond frères.

35 [illegible]lopin. Digne.

36 Roth. Marseille.

37 Dethès (Charles). id.

[illegible] id.

[illegible] id.

[illegible] id.

[illegible] de l'Association du [illegible]

Marseille.

Roex. Carpentras.

Carrel. Nîmes.

MM.

1 Crouzet. Lyon.
2 Marion. Cannes.
3 Dunster. Marseille.
4 Caselli. id.
5 Antetomaso. id.
6 Perrier-Nédey. id.
7 Berret. Montpellier.
8 Dethès (Léon). Marseille.
9 Garibaldi. id.
10 Reich. Toulon.
11 Loubières. Tarascon.
12 Cabridens. Nice.
13 Papot. Paris.
Administrateur de *L'Odontologie*.
14 Lemerle. Paris.
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
15 Richard-Chauvin. Paris.
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
16 Dr Garnier. Marseille.
Adjoint au maire.
17 Dr Livon. id.
Directeur de l'Ecole de médecine.
18 Damain. Paris.
Directeur de l'Ecole Odontotechnique.

MM.

19 Hivert. Paris.
Professeur à l'Ecole Odontotechnique.
20 Siffre. Paris.
Secrétaire gén. du Syndicat des patentés.
21 Camoin. Marseille.
Trésorier de l'Association du Sud-Est.
22 Ott. Paris.
Représentant de la Maison Kœlliker et Cie.
23 Fraissinet. Lyon.
Représent. de la Maison Reymond frères.
24 Borel. Cannes.
25 Lévy. Marseille.
26 Carlin. Nice.
27 Chapot. Nice.
Secrétaire gén. de l'Associat. du Sud-Est.
28 Schwartz père. Nîmes.
Président de l'Association du Sud-Est.
29 Beltrami père. Marseille.
Vice-présid. de l'Association du Sud-Est.
30 Rozenbaum. Paris.
31 Mitchell. Béziers.
32 Dr Beltrami fils. Marseille.
33 Schwartz fils. Montpellier.

MM.

34 Reymond. Lyon.
De la Maison Reymond frères.
35 Valopin. Digne.
36 Roch. Marseille.
37 Dethès (Charles). id.
38 Guis. id.
Représentant de la Maison Roch.
39 Dethès père. Marseille.
40 Kelsey. id.
41 Perry. Nîmes.
42 Durand. Lyon.
Secrét. génér. de l'Association du Rhône.
43 Boissier. Marseille.
44 Gros. Aix.
45 Carlavan. Marseille.
46 Alaux. Toulouse.
47 Périé. id.
48 Dr Nux. id.
49 Naudé. id.
Vice-président de l'Association du Rhône.
50 Haenslin. Marseille.
51 Roux. Carpentras.
52 Carrel. Nîmes.

18e ANNÉE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.

Le présent numéro contient 44 pages, soit 4 en supplément ; il donne en plus une gravure dans le texte et une planche tirée hors texte.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

A NOS LECTEURS

En présence du succès qu'a obtenu auprès de nos abonnés la prime que nous avons donnée dans le n° du 15 novembre, nous nous faisons un plaisir de continuer la série en leur offrant aujourd'hui la reproduction de la photographie prise au Congrès de Marseille; nous ajoutons un décalque indiquant le nom de chacun des congressistes.

N. D. L. R.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

FÊTE DE RÉOUVERTURE DES COURS

L'Ecole dentaire de Paris a célébré brillamment, le lundi 28 novembre, la fête de réouverture de ses cours. Jamais, on peut le dire, cette solennité n'a eu un pareil éclat et n'a été si admirablement réussie. Il est vrai que c'est la première fois qu'elle a eu lieu dans les locaux de la rue de La Tour-d'Auvergne, qui se prêtent merveilleusement à une cérémonie de ce genre, surtout avec des organisateurs comme le sont les membres de la commission des fêtes, M. Prével en tête, habilement secondé par l'architecte de l'Ecole, M. Labro. Les commissaires ont trouvé le moyen ingénieux de réaliser de véritables prodiges à peu de frais et, dans cette circonstance, M. Prével, au bon goût duquel il convient de rendre hommage, s'est

montré ce qu'il est depuis longtemps à l'Ecole... *économe.* Il faut lui en savoir gré.

La grande salle de dentisterie opératoire avait été transformée complètement pour la circonstance : une estrade très spacieuse en occupait environ le tiers; les fleurs et la lumière étaient répandues à profusion, et un excellent orchestre, dirigé par M. Hauser, était habilement disposé dans la salle de démonstrations.

Sur l'estrade avaient pris place M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, qui avait bien voulu accepter la présidence, ayant à ses côtés MM. Mesureur, député, président de la Commission du budget; Marquez, conseiller général; Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur; de Taillandier, chef-adjoint du Sous-Secrétaire d'Etat à ce ministère; Ducuing et Pinard, adjoints des 8e et 9e arrondissements; Lecaudey, directeur honoraire; Godon, directeur; les membres du bureau et du Conseil d'administration, ainsi que les professeurs et professeurs suppléants; MM. Dr Queudot, Ducournau et Dr Viron, représentant l'Ecole Odontotechnique, notre sympathique confrère M. Davenport, représentant ses collègues du *Club dentaire américain*, etc.

Une assistance très choisie, dans laquelle on remarquait beaucoup de jeunes et jolies femmes aux fraîches toilettes, remplissait la salle, qui avait peine à contenir tous les invités. Les élèves, tous réunis dans un angle de la salle, formaient un groupe compact qu'on n'avait pas encore vu aussi nombreux : les inscriptions sont, en effet, cette année, au nombre de 170, chiffre qui n'a jamais été atteint antérieurement.

Dès que le président fait son entrée, l'orchestre exécute un morceau de circonstance et M. le sénateur Strauss donne la parole à M. Godon pour faire part au public des excuses qu'il a reçues de MM. Deschanel, président de la Chambre des députés; Berger et Baudin, députés; Thuillier, président du Conseil général; Napias, directeur de l'Assistance publique; Menant, directeur des affaires municipales à la Préfecture de la Seine; Grébauval, conseiller municipal; Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine; Drs Hirtz, Mathieu, Jules Simon et Henri Mendel, médecins des hôpitaux; Evellin et Fringuet, inspecteurs d'Académie; Moizard, Barrett; Drs Pinet et Marie, professeurs à l'Ecole; Damain, directeur de l'Ecole Odontotechnique; Saint-Hilaire, Sautier, Lée, Hivert, chirurgiens-dentistes, etc., etc.

M. Godon conserve la parole pour prononcer un intéressant discours dans lequel il établit un parallèle entre la corporation des chirurgiens d'autrefois et les luttes qu'elle eut à soutenir avec celle des médecins et la corporation des dentistes, devenus, après des luttes répétées, eux aussi, les chirurgiens-dentistes actuels de la Faculté de médecine.

M. le Dr Launois, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, professeur à l'Ecole, expose sous la forme d'une conférence attachante le programme de l'enseignement qu'il donne à l'hôpital Beaujon aux élèves de l'Ecole. Reprenant une image du discours de M. Godon relative à un mariage entre le mécanicien-dentiste et la Faculté de médecine, il annonce un mariage qui est de nature à faire plaisir aux amis de l'Ecole : celui de son maître, M. le Dr Retterer, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, avec l'Ecole dentaire.

M. Retterer fera en effet dorénavant aux élèves de cette Ecole un cours d'anatomie et sera secondé dans cette tâche par M. Jullien, professeur d'anatomie, « *un de ceux*, ajoute M. le Dr Launois, auxquels je dois le peu que je sais dans cette science. » L'annonce de cette nouvelle union, qui va encore contribuer à raffermir les liens qui rattachent l'Ecole à la Faculté, provoque dans l'auditoire des applaudissements nourris.

M. Martinier, secrétaire général, donne lecture de son rapport, dans lequel il passe successivement en revue les principaux faits qui ont signalé l'année scolaire 1897-1898. L'auteur obtient un grand succès quand il fait connaître que désormais toutes les opérations dentaires susceptibles de causer de la douleur seront faites au Dispensaire gratuit avec l'emploi de l'anesthésie. Cette décision, qui montre bien que l'institution est une œuvre philanthropique, un établissement de bienfaisance au premier chef, en même temps qu'un établissement d'enseignement, est accueillie par toute l'assemblée avec une faveur très marquée.

M. Strauss prononce alors une allocution fort applaudie. Il évoque le nom de ses prédécesseurs à la présidence et met en lumière le rôle tout de charité, tout d'assistance, d'assistance publique et gratuite bien comprise, de la Société. Le chiffre de 28.000 malades auxquels le Dispensaire a donné des soins gratis place l'institution au premier rang des œuvres de bienfaisance. Aussi M. Strauss convie-t-il les hommes publics qui l'entourent et qui l'écoutent à donner à la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris un appui illimité.

Par bonheur, le hasard, qui fait souvent si bien les choses, a voulu que précisément tous les pouvoirs publics soient représentés autour de M. Strauss : le pouvoir législatif, par des membres de la Chambre des députés et du Sénat ; le pouvoir exécutif, par des fonctionnaires élevés de l'Administration ; le pouvoir délibératif et consultatif, par des membres d'assemblées départementales et communales ; les municipalités enfin, par les adjoints de deux arrondissements. Espérons que l'appel éloquent de M. Strauss sera entendu par eux et qu'ils s'en souviendront, le jour où l'Ecole aura besoin de leurs concours.

M. Godon prononce alors les paroles suivantes :

« Avant de donner la parole à notre sympathique président de la Commission scolaire, M. Papot, pour la distribution des récompenses à nos élèves, il me reste un devoir à remplir.

« Tous les ans, nous avons l'habitude, pour remercier notre dévoué corps enseignant, auquel nous devons, pour la plus grande part, les meilleurs succès de cette Ecole, de remettre en cette séance, au nom du Conseil d'administration,une médaille d'or à l'un de ses membres. Cette année, la mission qui m'incombe m'est d'autant plus agréable à remplir que celui sur lequel le choix du Conseil s'est porté, M. G. Viau, est un de mes plus anciens camarades, puisque notre amitié date du temps où nous étions ensemble au collège, et que, depuis le moment où nous nous sommes retrouvés dans la même profession, il n'a cessé de travailler avec moi à toutes les œuvres que nous avons entreprises pour le relèvement de notre art.

« Il a été, en 1879, l'un des membres fondateurs de notre premier groupement, puis, en 1880, il a contribué aussi comme membre fondateur à la création de cette Ecole, et depuis bientôt vingt ans il n'a cessé d'apporter sous toutes les formes son concours devoué et désintéressé à notre institution.

« Tour à tour membre du Conseil de Direction depuis 1880, — secrétaire dudit Conseil de 1884 à 1885, — chef de clinique en 1882, — professeur adjoint de prothèse en 1885, — professeur de clinique depuis 1891, — vice-président du Conseil de direction depuis 1891, — président de la société d'Odontologie de Paris en 1893 et en 1894, — rédacteur en chef du journal *L'Odontologie* depuis 1896, — Georges Viau a,par son dévouement dans toutes ces fonctions,contribué pour une large part au développement et au succès de notre institution et du mouvement qu'elle a créé.

« Je suis l'interprète des membres de notre Conseil d'administration et de notre Société en priant notre doyen M. Lecaudey de lui remettre cette médaille d'or, témoignage de l'estime et de la reconnaissance de ses collègues et de ses amis » (*Applaudissements*).

M. Lecaudey fait remise de cette récompense au titulaire, au milieu des applaudissements de tous.

M. Papot, président de la Commission scolaire, procède à la lecture du Palmarès et termine par ces mots :

« Je vous demande, Messieurs, de vous joindre à la Commission scolaire pour adresser, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, de vifs remerciements :

« A M. le Ministre du Commerce et à M. le Préfet de la Seine, pour les marques officielles d'estime qu'ils donnent à l'Ecole, en nous accordant les beaux prix que nous venons de distribuer en leur nom;

« A nos vénérables doyens MM. le Dr Lecaudey et Berthaux, de Soissons, ainsi qu'aux maisons de fournitures Ash et fils, Cornelsen, Vve Friese, Joubert et Cie, Kœlliker et Cie, Lemaire, Mamelzer et fils, Reymond frères, Victor Simon et Cie, White de Philadelphie, dont l'habituelle générosité nous permet, chaque année, de récompenser aussi magnifiquement les plus travailleurs de nos élèves d'hier, qui seront nos confrères demain et resteront nos amis toujours. »

Les remerciements demandés par M. Papot ne sont pas marchandés, et les récompenses sont distribuées aux élèves, ainsi que les diplomes.

M. Godon, s'adressant à M. Strauss, prononce les paroles suivantes :

« Avant de clore cette séance et de vous laisser écouter le concert que nous a organisé notre ami Prével, permettez-moi de remercier à nouveau notre honoré Président et de lui remettre, suivant notre habitude, en souvenir de notre fête, cette médaille au nom du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris ».

Il lui remet une médaille commémorative de la soirée.

M. Strauss lui répond en ces termes : « Je vous remercie très vivement, Monsieur le Directeur de ce gracieux souvenir, que je conserverai précieusement. Je vous remercie également de m'avoir fait assister à cette belle fête, dont je garderai longtemps la mémoire Quant à vous, Mesdames et Messieurs, je vous remercie d'en avoir rehaussé l'éclat par votre présence. » (*Applaudissements*).

La partie officielle de la fête est terminée.

Des tables toutes préparées sont immédiatement dressées et un lunch soigné est servi dans le bureau directorial, dans la salle du Conseil et dans la grande salle. Un concert, composé de quelques morceaux de choix, commence à ce moment et ne finit que pour être remplacé par des danses improvisées qui durent jusqu'à plus de minuit.

Lorsque vient le moment de se séparer chacun ne le fait qu'avec regret, emportant le meilleur souvenir de cette réunion sans précédent dans l'histoire de l'Ecole dentaire de Paris et se promettant bien de ne pas manquer la prochaine réunion de ce genre, la fête de réouverture des cours de l'année scolaire 1898-1899.

N'oublions pas en terminant d'adresser des remercîments à nos confrères de la presse politique qui étaient représentés à cette cérémonie, en particulier au *Petit Journal*, qui lui a consacré un long article, au *Jour*, au *Rappel*, au *XIXe Siècle*, au *Radical*, au *Petit Bleu*, à *L'Evènement*, à *La Gironde*, etc.

ALLOCUTION DE M. GODON

Directeur de l'École,

Monsieur le Président,

Mesdames, Messieurs,

Nous avons repris, cette année, par la fête à laquelle nous vous avons conviés, une coutume qui date de la fondation de notre Société et que nos travaux de construction et d'installation nous ont obligés de suspendre l'année dernière, sous cette forme du moins.

Il nous semble qu'il est bon de recevoir solennellement tous les ans, au début de l'année scolaire, ceux qui viennent nous demander de leur apprendre leur profession ; qu'il est bon aussi d'adresser le salut confraternel à ceux qui vont nous quitter, leurs études terminées, pour aller souvent loin d'ici exercer l'art que nous leur avons enseigné. Le dernier souvenir qu'ils emportent de cette maison, avec leur diplome, est fait d'espérance et de solidarité par les souhaits de succès que nous leur adressons.

N'est-ce pas ainsi que Michelet enseignait leur rôle aux éducateurs de la jeunesse lorsque, dans son admirable livre du « Peuple », il traçait le programme de la nouvelle école : « Il faut, écrit-il, que l'école soit un asile doux et généreux..... Viens, mon fils, les portes sont toutes grandes ouvertes et la France est au seuil pour t'embrasser et te recevoir. »

C'est en s'inspirant de ces belles pensées que notre grande Association, dont nous ne sommes que les représentants, veut, chaque année, au seuil de cette école, recevoir, elle aussi, les jeunes qui arrivent et saluer les aînés qui s'en vont.

Aussi nous sommes heureux de voir parmi nos invités quelques parents de nos élèves. Ils contribuent à conserver à cette fête son caractère familial. Nous sommes fiers aussi d'y retrouver tous les amis de cette institution, notre vénéré doyen, M. Lecaudey, et les hommes éminents dans la science ou la politique qui honorent notre institution de leur précieuse sympathie, comme M. le député Mesureur; comme M. Monod, le distingué directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, qui, il y a six ans déjà, venait à son tour présider notre séance ; comme MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux ; comme MM. les conseillers municipaux et généraux présents ce soir à cette réunion, les membres de la municipalité du 8e et du 9e arrondissement, nos collègues Queudot et Ducournau du groupe de la rue de l'Abbaye et tous nos bienfaiteurs.

A vous tous qui avez répondu à notre appel, nous adressons nos remercîments.

A vous, surtout, monsieur le sénateur, qui par votre présence à ce fauteuil, rehaussez l'éclat de cette séance, nous exprimons aussi

notre reconnaissance pour la haute marque d'intérêt que vous donnez à notre œuvre. *(Applaudissements.)*

Bien souvent déjà, en qualité de membre de notre Comité de patronage, vous avez soutenu la cause de cette Société auprès des divers pouvoirs publics : Conseil municipal de Paris, Conseil général de la Seine, Assistance publique ; hier encore, auprès des Ministres de l'Intérieur et de l'Agriculture, et chaque fois, votre bienveillant appui nous a été d'un heureux secours.

Il est vrai qu'une société philanthropique comme celle-ci, qui compte parmi ses créations un dispensaire gratuit, objet de toute notre sollicitude, où les pauvres trouvent un soulagement et les soins que seuls les riches pouvaient obtenir avant qu'il fût fondé, une société philanthropique comme celle-ci, dis-je, ne pouvait laisser indifférent l'éminent auteur de *Paris Ignoré*, du Paris des œuvres consacrées aux déshérités de la fortune, le fondateur de cette *Revue philanthropique* qui semble avoir pris pour programme la concentration des hommes de bien de toutes les opinions, de toutes les croyances, en vue du soulagement de la misère et de la souffrance humaines. *(Applaudissements.)*

Aussi ce groupement constitué sous le double nom de Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires et d'Association générale des Dentistes de France, et qu'on a pris l'habitude de désigner plus communément sous celui d'*Ecole dentaire de Paris*, n'est pas simplement, comme vous le savez, une école professionnelle. On y fait, nous venons de le rappeler, œuvre d'assistance, en soignant un des maux qui affligent l'humanité, et c'est à cette œuvre que nous devons les meilleures sympathies. Mais on y fait aussi œuvre d'union et de prévoyance professionnelles par le fonctionnement actif d'un syndicat, d'une caisse de secours. On y fait également œuvre scientifique par les réunions de la Société d'Odontonlogie, par les congrès nationaux et les congrès internationaux comme celui qui a eu lieu en 1889, comme celui qui est en voie d'organisation pour 1900; par les publications d'ouvrages et de journaux, comme notre revue *L'Odontologie* ; on y fait enfin œuvre d'éducation professionnelle par les règles de déontologie enseignées aux élèves et imposées aux membres de la Société.

Mais toutes ces œuvres ont un seul et même but poursuivi avec énergie et persévérance : l'élévation de l'art dentaire et du chirurgien-dentiste français à la hauteur que comportent le développement actuel de la science et des arts et l'utilité sociale de la fonction qu'il est appelé à remplir.

L'accroissement constant et les succès véritablement très remarquables de cette Société pendant les vingt dernières années, et qui ont été surtout très caractérisés depuis trois ou quatre ans, l'influence qu'elle a exercée sur la rénovation des études dentaires en France, montrent bien l'utilité de sa création. Son évolution, les phases di-

verses par lesquelles elle a passé, les luttes qu'il lui a fallu soutenir, les préjugés qu'elle a contribué à modifier ou à détruire dans l'esprit public, les revendications dont elle continue à poursuivre le triomphe méritent de retenir un moment l'attention des jeunes qui seront appelés à être les continuateurs de cette œuvre de relèvement et d'émancipation. *(Applaudissements.)*

Ces luttes rappellent un peu, toutes proportions gardées, celles que les chirurgiens dûrent soutenir, au XVIe et au XVIIe siècle contre la corporation des Barbiers, d'une part, les médecins de la Faculté, d'autre part, luttes dont je retrouvais, ces jours-ci, le curieux récit dans une thèse du Dr René Vauclaire sur un élève d'Ambroise Paré, une des gloires de la confrérie de Saint-Côme, qui vivait de 1550 à 1624. Cette thèse éveillait d'autant plus mon intérêt que j'y rencontrais, parmi les noms cités dans la préface, celui de notre vieil ami, le Dr Louis Thomas, dont il nous est toujours si agréable d'évoquer ici le pieux souvenir. *(Applaudissements.)*

L'analogie qui m'a paru exister entre les deux situations et surtout entre les procédés employés pour faire réussir des revendications analogues m'entraîne à vous rappeler brièvement quelques détails de cette histoire, qui est pour nous tous une leçon de patience, si nous considérons le temps qu'il a fallu aux chirurgiens pour déraciner les vieux préjugés et venir à bout des privilèges restrictifs dont ils se plaignaient, et qui est en même temps un grand encouragement si nous envisageons les résultats obtenus.

Vous savez tous qu'à l'époque où vivait le praticien dont nous parle le Dr Vauclaire, la corporation des chirurgiens formait une sorte de confrérie qui se réunissait une fois par mois à l'église de Saint-Côme. Elle jouissait de certains privilèges octroyés par des ordonnances royales, mais que lui disputaient et les médecins de l'Université et la corporation très puissante des barbiers chirurgiens qui avaient le droit de soigner les clous, les bosses, les plaies non mortelles, de pratiquer les saignées, et qui presque toujours allaient plus loin et constituaient pour les premiers des concurrents, des rivaux. Mais les médecins, c'est-à-dire la Faculté, car en ce temps-là elle n'était rien moins que la corporation des médecins, se prétendait maîtresse légitime des chirurgiens de longue robe ainsi que des barbiers. Elle avait institué des cours de chirurgie et d'anatomie pour les uns et pour les autres, considérant qu'elle avait seule le droit d'enseigner les sciences médicales.

On trouve, à la date du 13 juillet 1571, une requête des chirurgiens priant la Faculté de les considérer comme ses écoliers et d'exclure les barbiers. La Faculté trancha la question en déclarant qu'elle acceptait les deux corporations.

Ajoutons que les médecins et les chirurgiens avaient entre eux des

querelles fort vives et des procès que les gens du Parlement savaient rendre interminables. Il serait trop long de rappeler toute la liste d'ordonnances royales, de sentences du Châtelet, d'arrêts contradictoires du Parlement, rendus tantôt au profit des médecins, tantôt au profit des chirurgiens ou des barbiers-chirurgiens, et portant sur le droit d'enseignement, l'organisation de cet enseignement, le droit de soigner les pauvres, les conditions d'examen, de réception, de costume, de préséance dans les cérémonies publiques, etc., qui constituaient les motifs des rivalités des corporations en présence.

Une curieuse polémique qui eut lieu, vers 1631, au sujet d'un squelette géant de 25 pieds environ, trouvé dans une tombe gallo-romaine et que les chirurgiens attribuaient à un roi des Teutons, tandis que les médecins prétendaient qu'il était celui d'une salamandre gigantesque, montre par les aménités échangées à propos d'erreurs d'anatomie et de latin, qu'ils se reprochaient mutuellement, l'état d'acuité qu'avaient atteint les querelles. Le reste de cette dispute qui porta entre autres sur la description des canines et des incisives du géant ne saurait nous retenir davantage. Il nous suffit de savoir que les chirurgiens continuèrent à lutter avec les barbiers d'une part, avec les médecins de la Faculté de l'autre, jusqu'à ce qu'enfin la Révolution, ayant aboli toutes les corporations avec leurs privilèges, nous retrouvons, après la loi de ventôse an XI, les barbiers dépouillés de toute prérogative en matière de chirurgie et de médecine et définitivement cantonnés dans leur métier de coiffeur, pendant que médecins et chirurgiens étaient placés sur le même pied pour l'exercice de la médecine et de la chirurgie.

Cette égalité était si parfaite et les deux corporations se confondaient si bien lors du vote de la loi de 1892 qu'il n'y eut plus lieu d'établir aucune distinction légale ou universitaire entre les uns et les autres. Les anciens confrères de Saint-Côme, du seizième siècle, rivaux des barbiers, auraient peine à reconnaître aujourd'hui pour leurs descendants les princes de la science, grands maîtres de la chirurgie française.

Les chirurgiens ont réussi dans leurs revendications parce qu'ils soutenaient une idée juste, parce que leur profession répondait à un besoin réel, malheureusement trop réel à cette époque de grandes guerres, parce que le préjugé qui les frappait de discrédit, en raison de ce qu'ils faisaient *œuvre manuelle et versaient le sang*, était ridicule ; mais ils ont réussi surtout parce qu'ils étaient animés d'un esprit corporatif très développé alors, et que, par les services qu'ils rendaient dans l'enseignement public et l'assistance aux pauvres qu'ils n'ont cessé de réclamer et d'exercer comme un privilège précieux, ils avaient su intéresser à leur cause l'opinion publique et gagner les sympathies du souverain et des grands.

Le même préjugé dont souffraient les chirurgiens atteignait naturellement leurs aides, les oculistes, les dentistes, les lithotomistes et les barbiers chirurgiens. Les progrès de l'esprit public ont heureusement fait justice de cette prévention non méritée. Le travail manuel est aujourd'hui considéré, estimé à l'égal du travail intellectuel, le chirurgien à l'égal du médecin.

Pour le chirurgien-dentiste, la réparation qui lui était due a été plus tardive ; est-ce parce que sa fonction semblait moins utile ou par suite de l'indignité de quelques-uns de ceux qui l'exerçaient ? Longtemps confondu par le public avec les bateleurs, dont l'avaient pourtant distingué les règlements de Saint-Côme, le chirurgien-dentiste a souffert bien injustement du mépris qu'on vouait au charlatan bruyant et nomade. Car, celui qui nous a transmis d'âge en âge les progrès de notre art, ce n'est pas l'ignorant arracheur de dents, marchand d'orviétan, exploiteur de la crédulité publique, qui n'était pas plus dentiste qu'il n'était médecin ou industriel, que toutes les professions repoussent et se renvoient, et qui pourtant se réclame effrontément de toutes ! Celui auquel nous devons notre origine et la transmission des secrets et des progrès de notre art, c'est le dentiste très humble et très obéissant aide du chirurgien de 1600, dont les conditions d'études et de réception figurent sur les règlements de Saint-Côme, l'expert dentiste créé par les règlements de 1700, le dentiste enfin qui pendant ce siècle a longtemps exercé librement notre art.

Il a été un praticien modeste, mais très honorable, connaissant et pratiquant bien, la plupart du temps, la prothèse et les opérations, souvent, il est vrai, plus mécanicien qu'opérateur, et à qui les médecins, ses adversaires, n'ont cessé de reprocher l'insuffisance de ses connaissances générales et médicales, alors que lui-même adressait aux médecins qui prétendaient exercer son art le reproche contraire : l'insuffisance de leurs connaissances techniques.

Les articles de la loi de 1892 qui concernent les dentistes sont nés des luttes et des polémiques sur ce thème qui ont duré plus d'un demi-siècle.

Tenant compte des critiques et des vœux des uns et des autres, les législateurs ont créé le nouveau chirurgien-dentiste que préparent aujourd'hui les Ecoles dentaires, qu'examine la Faculté et que l'Université, au nom de l'Etat, consacre par son diplome. Accueilli diversement par les uns et par les autres, quoiqu'il soit bien évidemment le produit de la collaboration des uns et des autres, le résultat du mariage du mécanicien-dentiste et de la Faculté de médecine, il a pris de plus en plus dans la profession et dans l'esprit public une place prépondérante que les débats professionnels au sein de nos réunions scientifiques, et notamment au Congrès de Lyon, cette année, n'ont fait que confirmer. Et c'est justice.

Ce nouveau chirurgien-dentiste a des droits nettement définis par la loi ; les conditions de son existence, de ses études, ses prérogatives, son titre sont déterminés avec précision.

On en fait ici, comme son prédécesseur immédiat, un bon opérateur et un bon mécanicien, ce que certifie le diplome spécial que nous lui décernons. De plus, comme le demandaient les médecins, on lui donne maintenant les connaissances médicales nécessaires, dans un enseignement auquel concourent, avec notre corps enseignant, les professeurs de la Faculté de médecine, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux. Enfin, comme le demandait le public, il connaît et pratique légalement l'anesthésie qu'on ne saurait honnêtement lui contester, puisque, comme le disait ici le professeur P. Bert, en 1886, c'est aux dentistes qu'on en doit la découverte. *(Applaudissements.)*

Reposant sur des bases semblables, le nouveau diplome de chirurgien-dentiste paraît satisfaire aussi bien aux desiderata du public qu'à ceux des praticiens eux-mêmes ou de l'Etat. Il me semble que l'on peut affirmer aujourd'hui à ceux qui embrassent cette profession, aux parents qui y destinent leurs enfants que les difficultés et les transformations dont notre génération a souffert seront épargnées à nos successeurs.

Les Ecoles dentaires, comme je le disais au début, ont été les agents les plus actifs de cette évolution.

Les Congrès dentaires, en réunissant dans un effort commun en vue des progrès de la profession les divers éléments qui la composent, ont réussi à atténuer et à faire disparaître toute trace de lutte entre les anciens dentistes et les médecins dentistes. Dans ces grandes réunions annuelles, on ne demande plus aux adhérents de montrer leurs parchemins, mais seulement leurs travaux, leurs communications, et le chirurgien-dentiste sert de trait d'union. Son diplome est placé par la loi au-dessus de toute contestation. C'est maintenant le titre universellement accepté et réclamé de tous pour l'exercice de notre art en France.

Il appartient aux jeunes chirurgiens-dentistes qui vont recueillir le fruit du travail de leurs aînés de conserver à ce diplome la valeur que nous lui avons donnée, la situation que nous lui avons faite. Pour cela, qu'ils se souviennent des leçons du passé que nous évoquions tout à l'heure.

Les dentistes du XIXe siècle ont fait triompher leurs revendications parce que, eux aussi, soutenaient une idée juste, que leur profession répondait à un besoin réel, parce qu'enfin, ils combattaient un préjugé ancien et ridicule, mais aussi parce que, comme les chirurgiens du XVIe siècle, ils se sont formés en groupements corporatifs étroitement unis, et que, dès le début, leurs revendications ne se sont pas formulées seulement en réclamations d'avantages strictement pro-

fessionnels auxquels le public se serait peut-être peu intéressé et qu'il n'aurait pas toujours compris, mais qu'elles ont porté en même temps sur le droit à l'enseignement, le droit à l'assistance des pauvres, toutes choses qui sont d'intérêt général et qui ont gagné à leur cause l'estime de ceux qui dans notre démocratie sont les véritables grands — les notoriétés de la science et de la politique — et la sympathie des légitimes puissances souveraines de notre époque : la presse et l'opinion publique. *(Applaudissements.)*

Qu'ils continuent donc à se grouper autour de cette institution. Qu'ils ne se laissent pas uniquement absorber par le souci étroit de leurs propres affaires ; qu'ils se rappellent que la tâche quotidienne n'est pas tout à fait remplie, que tout leur devoir n'est pas accompli tant qu'ils n'ont pas pris la plume et l'écritoire, l'arme moderne, pour travailler, eux aussi, pendant quelques instants aux progrès ou à la défense des institutions auxquelles ils doivent leur savoir et leur émancipation.

Mais nous sommes tranquilles ; l'élan est donné. En voyant l'enthousiasme qui règne autour de cette Ecole, l'augmentation chaque jour plus grande de ses partisans, nous avons confiance que les nouveaux chirurgiens-dentistes sauront, comme leurs aînés, préserver le patrimoine commun et assurer la réalisation de nos dernières revendications pour le développement et la grandeur de l'art dentaire français. *(Applaudissements prolongés.)*

CONFÉRENCE DE M. LE Dr LAUNOIS

Médecin des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Professeur à l'Ecole,

Mesdames, Messieurs,

Je veux que les premières paroles que je prononce dans cette Ecole soient des paroles de remerciement à l'adresse des maîtres qui ont bien voulu m'associer à leur œuvre si belle et déjà si prospère. Je tiens à leur dire toute mon admiration pour les remarquables résultats qu'ils ont obtenus et qui sont tout entiers dus à leur initiative privée.

Ils n'espéraient guère pareil succès, ces hommes de bonne volonté qui se sont groupés, il y a tantôt dix-huit ans, pour fonder l'Ecole Dentaire de Paris. Pleins d'énergie et de persévérance, ils ont su se concilier l'amitié des savants, des hommes politiques et s'attirer les sympathies de tous. Leurs élèves devinrent bientôt si nombreux que les locaux se trouvèrent insuffisants. C'est alors que fut amenagé cet hôtel qui, avec ses amphithéâtres, ses laboratoires, sa bibliothèque,

sa vaste salle d'opérations si ingénieusement installée, forme un véritable Institut.

Aux leçons théoriques furent ajoutés des cours pratiques. Si l'enseignement de l'anatomie se faisait à l'Ecole, des démonstrations et des dissections étaient organisées à l'Amphithéâtre de Clamart.

Le sage, dit le proverbe, sait se contenter de peu. Messieurs les Elèves, vos maîtres ne furent pas sages et nous ne pouvons les en blâmer. Ils ne le seront jamais *(applaudissements)*, car ils veulent toujours plus, ils veulent toujours mieux. Désireux de vous familiariser avec les malades et d'étendre le champ de vos observations et de vos connaissances, ils demandaient qu'un enseignement pratique vous fût donné à l'hôpital.

Ce projet, qu'ils caressaient depuis de longues années, a pu être, non sans difficultés toutefois, réalisé en 1898. Laissez-moi vous dire comment le but poursuivi fut atteint; cet exposé sommaire me permettra de vous montrer *ce qu'est et surtout ce que doit être*, à mon avis, *l'enseignement médical des dentistes.*

Après d'assez longs pourparlers avec l'Administration de l'Assistance Publique, il avait été primitivement convenu que les élèves de l'Ecole Dentaire feraient, par séries, un stage à l'hôpital. Ils devaient s'y rendre dans l'après-midi et examiner les malades en traitement dans les salles, sous la direction de leur professeur. Si séduisant qu'il pût paraître au premier abord, ce programme d'études répondait-il bien aux nécessités de l'enseignement clinique ? Nos services hospitaliers renferment en effet, le plus souvent, des malades atteints d'affections aiguës (grippe, pneumonie, pleurésie, rhumatisme, fièvre typhoïde, pour ne citer que les plus fréquemment observées) ou des malades atteints d'affections à évolution chronique (maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, des reins, etc.). Quel besoin avaient les élèves dentistes de connaître la marche de la fièvre typhoïde, de la pneumonie et de savoir les complications qui peuvent survenir au cours de ces deux infections. A quoi leur serviraient de pareilles notions qu'ils ne seraient jamais appelés à utiliser ? N'y avait-il pas même danger pour eux à recevoir pareille instruction ? N'était-ce pas en effet les tenter et les inviter à aller grossir le nombre déjà si grand de ceux qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine ? *(Applaudissements.)* De plus, Messieurs, l'envahissement pendant l'après-midi de certains services hospitaliers, déjà si bruyants le matin, n'était-il pas un danger pour nos malades, qui ont tant besoin, pour se guérir, de repos et de tranquillité ?

Désireux de donner un nouveau témoignage de la sympathie qu'il n'a jamais ménagée à votre Ecole, le Doyen de notre Faculté, le Professeur Brouardel, me chargea d'organiser l'enseignement clinique. La tâche me paraissait bien difficile à moi qui ne connaissait que de

nom l'Ecole Dentaire de Paris. J'étais sur le point de me récuser, mais la persuasion aujourd'hui proverbiale de votre directeur, M. Godon, vint à bout de mes résistances. *(Applaudissements.)*

Chargé depuis 1895 du service de la Consultation de médecine de l'hôpital Beaujon, je savais toutes les ressources d'un pareil service; je compris bientôt qu'elles pouvaient être utilisées pour l'instruction des élèves dentistes. Là, en effet, ils pourraient observer un grand nombre de malades atteints d'affections les plus diverses, aiguës ou chroniques, contagieuses ou non. Là encore ils pourraient rencontrer des gens porteurs des lésions les plus diverses de la face, de la bouche, des dents, du cou, lésions intéressant tout particulièrement ceux qui s'occupent d'art dentaire.

Les malades qui fréquentent nos consultations hospitalières ne sont pas des alités; ils vont et viennent; ils peuvent se présenter chez le dentiste comme ils se rendent chez le médecin. Ils constituent, en faisant abstraction des différences en rapport avec le milieu social, la clientèle ordinaire des consultants. N'était-il pas tout indiqué de mettre à profit d'aussi précieux éléments d'études pour l'organisation de l'enseignement clinique? Mon projet fut accepté: les premières leçons eurent lieu dans mon service de Beaujon en avril 1898. *(Applaudissements.)*

Sans entrer dans de trop longs détails qui risqueraient de lasser votre patience, permettez-moi de vous indiquer les grandes lignes que j'ai suivies dans mon enseignement.

Après avoir suffisamment indiqué les caractères généraux qui séparent les affections aiguës des affections chroniques, j'ai, chaque fois que l'occasion m'en a été offerte, attiré l'attention des élèves sur les symptômes capitaux des maladies infectieuses et contagieuses et tout particulièrement insisté sur leurs manifestations bucco-pharyngées. La syphilis, par exemple, a pu être observée à toutes les étapes de son évolution; nous avons en effet étudié le chancre infectant des lèvres, de l'amygdale, les plaques muqueuses, les gommes ulcérées ou non, les perforations et pertes de substance de la voûte palatine. Il en a été de même pour nombre d'autres maladies, la diphtérie par exemple. Est-il besoin de vous dire que chaque conférence est plutôt pratique que dogmatique? L'examen détaillé des lésions observées sur le malade est toujours accompagné de considérations sur la contagion et ses agents, sur ses dangers et les moyens de les éviter.

En apprenant aux élèves à reconnaître qu'un malade est atteint d'une affection grave du cœur, du poumon, du foie, du rein, mon intention n'est pas de faire de chacun d'eux un clinicien consommé, capable de formuler un diagnostic complet et minutieux. Mon but est tout autre: je cherche surtout à les mettre sur leurs gardes, à leur apprendre à bien distinguer l'homme malade de l'homme bien por-

tant. N'est-ce pas leur fournir les moyens d'éviter les accidents graves, parfois mortels, qui peuvent survenir au cours d'une opération même légère, comme l'est en général l'avulsion d'une dent? Vos élèves, Messieurs les Professeurs, n'oublieront pas, je vous l'assure, que tel malade dont la pâleur est caractéristique, qui se plaint de vertiges, d'une douleur précordiale, dont le pouls est à la fois bondissant et dépressible, ils n'oublieront pas, dis-je, que ce malade est atteint d'insuffisance aortique et que, par le fait de cette lésion, il est exposé à mourir subitement sous l'influence d'une cause même minime, d'une douleur même légère.

De même ils se souviendront que, dans certaines affections qui déterminent des lésions des vaisseaux, des modifications dans les caractères chimiques et histologiques du sang, les hémorrhagies sont à craindre, qu'elles sont parfois assez abondantes ou assez persistantes pour entraîner la mort du malade. Je leur ai plus d'une fois rappelé, à l'exemple de mon regretté maître Verneuil, que cette même complication est à redouter chez les gens dont le foie est malade.

Ils sauront enfin, après avoir examiné de nombreux malades, mieux discerner les indications et les contre-indications qui doivent les guider dans l'emploi et le choix des anesthésiques. Une courte enquête, sagement conduite, leur permettra d'éviter ce danger; ils se refuseront, par exemple, à anesthésier des gens obèses ou des malades atteints d'affections sérieuses du cœur, des poumons. Ils distingueront plus facilement les cas où le secours d'un médecin expérimenté peut leur être utile. Eux-mêmes d'ailleurs pourront dans certains cas faciliter la tâche du médecin. Je n'en veux pour preuve, pardonnez-moi de vous citer encore cet exemple, que ce qui si souvent s'observe dans le diagnostic du diabète. N'est-ce pas en effet bien souvent le dentiste qui, frappé par certains signes tels que l'odeur de l'haleine, la sécheresse de la bouche, l'acidité de la salive, le déchaussement et la chute successive des dents, soupçonne la glycosurie et conseille au patient de faire pratiquer une analyse d'urine de consulter son médecin. Le dentiste qui agit ainsi a fait œuvre de bon clinicien: il a pleinement mérité la confiance que son malade a mise en lui. *(Applaudissements.)*

En même temps que s'organisait à Beaujon la clinique médicale, mon collègue et ami le Dr Sébileau a bien voulu vous apprendre la chirurgie pratique dans son service de l'Hôpital Boucicaut. Votre assiduité à suivre ses leçons est la meilleure preuve de l'utilité et de la supériorité de son enseignement. *(Applaudissements.)*

Au cours de médecine pratique, fait tous les jeudis à l'hôpital, est annexé un cours théorique de pathologie interne. Le succès qu'obtient mon collègue le Dr Marie justifie pleinement les qualités d'érudition et d'exposition dont il a fait preuve pendant son remarquable concours.

(Applaudissements.) Nous avons en commun élaboré un programme d'études, programme qui vous sera communiqué au cours de cette année scolaire. En dehors des notions utiles de pathologie générale, il comprend une description détaillée des diverses affections qui intéressent plus particulièrement les dentistes. Les mêmes dispositions seront prises pour la partie chirurgicale. Votre travail sera ainsi nettement délimité, Messieurs les élèves ; au moment des examens, vos juges, sachant comment ont été dirigées vos études, trouveront facilement, nous osons l'espérer, les éléments mêmes des questions qu'ils vous poseront.

Si votre tâche est plus facile, vous n'en travaillerez pas moins avec ardeur. Par vos efforts incessants vous récompenserez vos maîtres et les aiderez à parfaire l'évolution de l'art dentaire. Vous serez des dentistes habiles et instruits, vous aurez le droit d'être fiers de vous-mêmes. *(Applaudissements prolongés.)*

RAPPORT DE M. MARTINIER

Secrétaire général.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Le rapport d'un secrétaire général n'est jamais une lecture bien attrayante à entendre dans une solennité comme celle-ci ; mais soyez assurés que, si l'audition de ce document est dépourvue de charmes pour les assistants — ce que je vous prie à tous de me pardonner, — sa rédaction l'était tout autant pour son auteur.

J'ai, en effet, à enregistrer, à rapporter dans ce mémoire la série des faits, la chronologie des événements qui ont marqué notre vie scolaire et ses diverses manifestations pendant l'année qui vient de finir. Ma seule ambition sera de les faire passer sous nos yeux avec la plus scrupuleuse exactitude.

Par bonheur, ces faits, ces événements sont à la fois si nombreux et si importants que nous avons dû opérer parmi eux une sélection, ce dont, je crois, personne ne se plaindra, puisque nous retiendrons ainsi votre attention moins longtemps captive. Après les éloquentes paroles que nous venons d'entendre et d'applaudir, il serait d'ailleurs superflu de faire autre chose que l'histoire de cette Ecole pendant les douze derniers mois.

Si l'année 1896-1897 a été consacrée à l'aménagement de nos services dans les locaux que nous avons fait édifier spécialement pour répondre aux besoins de ces services, aujourd'hui l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris sont enfin placés dans le cadre dont ils sont dignes, en raison de l'importance qu'il ont donnée à l'enseignement de l'odontologie en France et du développement qui a pris le côté

philanthropique de leur institution, je veux dire l'assistance gratuite. Tous se réjouiront comme nous de ce nouveau pas en avant, lorsque nous n'avons pour nous soutenir que notre confiance dans l'avenir et qu'un idéal que nous poursuivons sans cesse, le progrès et toujours le progrès. Nos efforts, il est vrai, n'ont pas été stériles, et un premier succès nous en a déjà récompensés, succès que nous sommes heureux de vous faire connaître. Attirés sans doute par notre agrandissement, les élèves nous sont venus en foule, et leur nombre, pour la nouvelle année scolaire, n'est pas inférieur à 170, chiffre le plus élevé qui ait jamais été atteint depuis notre création.

Si l'on tient compte que ces étudiants sont presque tous des élèves réguliers, se destinant aux examens d'Etat, on reconnaîtra sans peine que cette transformation répondait à un besoin réel. Il faut dire aussi que nos constructions et que nos aménagements n'ont pas été faits à la légère et d'un seul coup : ils sont, au contraire, le fruit de l'expérience acquise ici pendant dix-huit années et des observations recueillies à l'étranger, notamment en Angleterre et en Amérique, par plusieurs d'entre nous.

Cependant, bien qu'ils soient très spacieux, ces locaux sont déjà trop petits par suite du nombre de nos élèves, si bien que l'on se préoccupe déjà de les agrandir et que M. Richard-Chauvin nous a présenté à cet effet un projet qu'étudie en ce moment notre conseil technique composé de MM. Huguet, Labro, Monjauze et Raban, dont la compétence éclairée nous a rendu jusqu'ici les services les plus appréciés.

D'ailleurs, si la période 1896-1897 a été occupée par notre installation matérielle, l'année 1897-1898 a vu apporter des modifications profondes à notre programme. L'enseignement théorique prend incessamment une extension plus grande, en raison même de la loi 1892, qui a élargi le domaine des connaissances médicales qui nous sont réclamées. Aussi, pour maintenir cet enseignement au niveau des besoins actuels, les administrateurs de l'Ecole ont-ils jugé nécessaire de donner à nos élèves des professeurs dont le savoir ne pourrait pas être un instant contesté et, d'accord avec le doyen de la Faculté de médecine, ont-ils confié une partie des cours à un personnel choisi par ce dernier. C'est ainsi que, depuis plusieurs années, la chaire des maladies de la bouche a pour titulaire M. le docteur Sébileau, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux ; c'est pour la même raison que la dissection est étudiée à l'amphithéâtre de Clamart, sous la direction de M. le Dr Quenu, professeur agrégé ; c'est enfin pour la même cause que nous avons demandé et obtenu la création pour nos élèves d'un stage hospitalier dans les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux. Ce stage, consacré à des cours de clinique médicale et chirurgicale, a pour but de donner à nos étudiants les

connaissances de médecine générale qu'exige d'eux la réglementation actuelle. C'est, du reste, cette création qui nous a valu le plaisir d'entendre notre nouveau professeur de pathologie générale, M. le docteur Launois, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, nous exposer le programme des études qu'il dirige avec tant d'autorité. *(Applaudissements.)*

Je suis heureux de pouvoir ajouter à ces noms celui de M. le Dr Retterer, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui — nous venons de l'apprendre par M. le Dr Launois — accepte d'enseigner à nos élèves l'anatomie et l'histologie. *(Aplaudissements.)*

Nous avons ainsi un enseignement très complet, que l'Etat contribue à donner, puisque, pour ce qui ne constitue pas le côté technique de notre art, ce sont les professeurs de la Faculté et les hôpitaux qui sont nos auxiliaires. C'est assez vous montrer que nous nous efforçons d'arriver à la perfection.

Mais, si nous remettons volontiers la partie médicale de notre enseignement à des maîtres réputés, je n'ai pas besoin de vous dire que la partie de cet enseignement qui est essentielle pour nous, j'ai nommé l'instruction technique, théorique et pratique, est tout entière entre les mains de praticiens habiles et expérimentés, tous recrutés par la voie du concours.

La dentisterie opératoire est enseignée par un personnel nombreux, qui se tient au courant des progrès constamment réalisés dans cette branche et qui en fait l'application journalière devant les élèves. La prothèse, si coûteuse à organiser dans un établissement philanthropique comme celui-ci, où toutes les opérations, où tous les appareils se font gratuitement — exemple unique, on peut le dire bien haut sans crainte d'être contredit — fonctionne à présent sur des bases qui lui donnent une importance égale à celle de la dentisterie opératoire.

Nous avons modifié dans ce sens notre programme, et, chaque matin maintenant, à la clinique et au laboratoire, des démonstrations sont faites par le démonstrateur, sous la direction du professeur, tandis que, l'après-midi, le chef des travaux pratiques, assisté du préparateur du laboratoire, fait exécuter aux élèves des travaux sur des modèles choisis à l'avance et classés par séries. Ajoutez à cela une clinique de restaurations dentaires, buccales et faciales, ainsi qu'une clinique d'orthopédie dentaire, sans parler des leçons cliniques et théoriques faites par un personnel enseignant de 14 personnes. Dans ces conditions nous croyons avoir doté comme il le faut la nouvelle organisation de l'enseignement prothétique. *(Applaudissements.)*

L'étude de la bactériologie et de l'histologie vient également de recevoir de l'extension. A la suite d'un concours, nous avons adjoint aux professeurs de ces cours deux chefs de laboratoire, MM. Cho-

quet et Mendel Joseph, pour faire des démonstrations pratiques destinées à faciliter aux élèves l'étude de ces deux sciences et à les familiariser avec le maniement du microscope.

On ne saurait nier, en effet, que ce sont les travaux pratiques qui forment les praticiens habiles, et la nécessité de donner à ces travaux une place de plus en plus grande se fait sentir chaque jour davantage.

Au dernier congrès tenu à Lyon la profession s'est encore prononcée en faveur de la prépondérance que doit avoir cette branche de notre enseignement. Aussi, notre Commission scolaire, sur la proposition de son dévoué président, M. Papot, vient-elle de faire adopter par le Conseil d'administration la division des travaux par trimestres et par inscriptions. Dorénavant, pour pouvoir prendre une inscription nouvelle, nos élèves devront avoir exécuté un certain nombre de travaux, qui auront fait chacun l'objet d'une note suffisamment élevée de la part du professeur. Ces notes, ainsi que l'indication du travail confié à l'étudiant, constitueront le dossier scolaire de celui-ci. C'est d'après le nombre de ces travaux que la Commission scolaire autorisera ou non la délivrance des inscriptions.

L'Académie de Paris, saisie de cette question par nos confrères de la rue de l'Abbaye et par nous-mêmes, a adopté le principe des travaux pratiques exigibles dans toutes les écoles pour la délivrance des inscriptions, et désormais nul ne pourra passer d'un établissement dans un autre sans un certificat constatant qu'il est en règle avec cette prescription. *(Applaudissements.)*

Une autre innovation, qui a bien son importance, consiste dans le changement que nous avons apporté aux heures des cours théoriques, qui se font maintenant de 5 heures à 7 heures de l'après-midi, au lieu de se faire de 8 heures à 10 heures du soir. *(Applaudiessments.)* Nous avons estimé suffisant que le travail de nos étudiants à l'école dure de 8 heures du matin à 7 heures du soir, avec une interruption de 2 heures au moment du repas de midi, ce qui représente en somme 9 heures de présence, et nous avons tenu à leur laisser la libre disposition de leur soirées, dans la pensée qu'ils les consacreront à l'étude. *(Applaudissements répétés.)* Avec notre ancien tableau de travail, nos élèves n'avaient pas le temps d'étudier chez eux ni dans les bibliothèques et ne pouvaient ainsi ni revoir les matières qui leur avaient été enseignées dans la journée ni préparer celles qui devaient faire l'objet des leçons du lendemain. Or, pour que l'enseignement soit plus profitable, il convient que les élèves arrivent au cours connaissant déjà la question qui y sera traitée, afin de mieux comprendre les explications du professeur. C'est la soirée qui est la plus propre à cette étude, et chacun sait que les élèves de toutes les écoles sont précisément libres le soir et mettent d'ordinaire ces heures de liberté

à profit pour travailler. *(Applaudissements.)* Il y avait là une lacune dans notre organisation ; elle est heureusement comblée.

D'autre part, il ne faut pas oublier que l'Ecole est une émanation de l'Association générale des dentistes de France et que la majorité des membres de cette Association lui confie ses enfants. C'est donc un devoir pour nous que de nous préoccuper de la situation morale de nos élèves et des conditions de leur vie matérielle. Beaucoup d'entre eux se trouvent seuls ici, qui seront heureux de rencontrer dans une administration toute bienveillante la sollicitude du père de famille qui leur fait défaut. *(Applaudissements.)* C'est un peu dans ce but que nous avons décidé que les élèves de chacune de nos 3 années de cours nommeront deux délégués chargés de les représenter auprès de l'administration. Ces délégués, sortes de majors, seront les porte-paroles de leurs camarades et leurs intermédiaires obligés pour toutes les réclamations qu'ils auront à nous adresser. *(Applaudissements.)*

Il va sans dire qu'avec l'extension de nos programmes et l'augmentation du nombre de nos élèves nous sommes obligés d'avoir un personnel enseignant toujours au complet et que le renouvellement de nos cadres s'impose d'une manière constante, pour remplacer ceux de nos confrères atteints par la limite d'âge ou que des circonstances diverses contraignent à nous priver de leur collaboration.

C'est ainsi que M. Blocman, un de nos plus anciens et de nos plus dévoués professeurs, a quitté la chaire d'anatomie dentaire qu'il occupait depuis 15 ans ; il n'en continuera pas moins, le samedi, ses leçons cliniques si goûtées des élèves. *(Applaudissements.)* En récompense de ses longs et bons services, le Conseil d'administration, qui ne voyait ce départ qu'avec un très vif regret, a nommé M. Blocman professeur honoraire. *(Applaudissements.)* M. le docteur Sauvez est chargé de le remplacer, et nous sommes assurés par avance qu'il donnera une impulsion nouvelle à cet enseignement. *(Applaudissements.)*

M. le docteur Frey, qui remplissait depuis cinq ans les fonctions de professeur suppléant de pathologie dentaire, est nommé professeur titulaire. *(Applaudissements.)* Chacun connaît l'érudition profonde du docteur Frey, qui documente toujours ses leçons de nombreuses observations cliniques.

Nous avons d'autre part nommé, après un brillant concours, M. le docteur Marie professeur suppléant de pathologie générale *(Applaudissements)*, de sorte que toutes nos chaires se trouvent pourvues maintenant de professeurs expérimentés.

De leur côté, MM. de Croes et de Marion sont devenus chefs de clinique après concours, et quatre nominations nouvelles, celles de MM. Hofzumahaus, Houdoux, Gross et Hugot, ont complété le cadre de nos démonstrateurs. *(Applaudissements.)* Notre corps enseignant compte ainsi plus de 60 membres, dont toutes les fonctions

sont gratuites et dont le dévouement est à l'abri de tout reproche.

Mais ce n'est pas seulement dans la transformation de notre installation, dans l'élargissement de notre programme d'études et dans l'augmentation de notre corps enseignant qu'il faut voir des signes certains du développement de notre Société ; ce développement se manifeste dans toutes les branches.

Dois-je vous rappeler que notre journal *L'Odontologie*, placé sous l'habile direction de MM. Godon et Viau, entourés de collaborateurs éclairés, est devenu bi-mensuel, de mensuel qu'il était. L'administration si heureuse de notre très actif confrère M. Papot et l'abondance des articles émanant des membres de notre Société ne sont pas étrangères à ce changement. C'est là un fait dont il y a lieu de se féliciter tout spécialement, car pendant trop longtemps cette production a été le patrimoine de l'étranger. Aujourd'hui notre journal marche de pair avec les plus réputés de la presse professionnelle et compte des lecteurs dans le monde entier, encouragement bien utile pour ceux qui ont assumé la mission d'en faire principalement un moyen de vulgarisation scientifique.

Les membres de notre Société ne se sont pas bornés à doter la profession d'un organe qui lui faisait défaut, ils se sont préoccupés aussi d'enrichir la littérature professionnelle d'ouvrages didactiques, où les étudiants pourraient trouver les connaissances dont ils ont besoin. Nos professeurs ont composé le plus grand nombre des livres traitant de l'art dentaire moderne, et notre directeur a pu terminer l'œuvre commencée avec eux au lendemain des premiers examens de la Faculté de médecine, c'est-à-dire la publication de 5 volumes destinés à fournir aux élèves dentistes les notions indispensables au 3e examen. M. Godon a rendu en cette occasion un grand service à tous ceux qui veulent embrasser notre profession, en leur offrant un ensemble complet de toutes les matières de l'enseignement dentaire exigées aux examens.

Notre bibliothèque, de son côté, se ressent amplement de l'ère de prospérité que nous traversons. Sous la vive impulsion de M. Bonnard, notre bibliothécaire, qui a pris à cœur de faire une œuvre vraiment louable, elle se transforme chaque jour et sera bientôt une des plus complètes qui existent. Nous avions déjà hérité d'une des plus belles collections d'ouvrages dentaires,lors du décès de Paul Dubois, dont tout le monde se rappelle l'ardent amour pour les livres. Cette année, grâce à des donateurs généreux, parmi lesquels notre distingué confrère M. Michaels tient le premier rang, nous nous sommes enrichis de plus de deux cents volumes, auxquels il convient d'ajouter le plus grand nombre de ceux qui composaient la bibliothèque si réputée du Dr David, dont nous avons pu récemment nous rendre acquéreurs.

Après vous avoir entretenus de notre bibliothèque, il n'est que juste de vous parler de notre musée ; mais le faire est impossible sans attenter à la modestie de notre vénéré directeur honoraire, M. Lecaudey. Sa générosité seule nous a permis de réunir les superbes pièces qu'il contient et, comme don de joyeux avènement dans cette maison, il nous a offert la magnifique collection de feu Préterre, si admirée dans les Expositions universelles de 1867, 1878 et 1889 et certainement unique au monde. *(Applaudissements.)* Je suis heureux de l'occasion qui m'est donnée de l'en remercier publiquement, car professeurs et élèves y trouveront à divers titres un enseignement de beaucoup de valeur.

Avec une organisation aussi vaste, la gestion administrative, qui commence à devenir une charge bien lourde pour nos épaules, exige maintenant des fonctionnaires actifs et assidus. Ces fonctionnaires, dont la collaboration nous est si utile, nous sommes heureux de les avoir et de les citer. C'est ainsi que, j'ai le devoir d'adresser publiquement des remercîments et des félicitations aux administrateurs qui ne cessent de nous prêter un concours si empressé et si indispensable : MM. d'Argent, notre trésorier, qui a su résoudre le difficile problème de faire face à des dépenses énormes avec des ressources restreintes *(Applaudissements)* ; M. Papot, l'infatigable président de la Commission scolaire, dont le labeur est véritablement prodigieux *(Applaudissements)*; M. Lemerle, dont les précieux conseils aident si efficacement la Commission d'enseignement *(Applaudissements)* ; notre zélé secrétaire-adjoint, M. le Dr Sauvez, dont les fonctions sont loin d'être une sinécure, avec la volumineuse correspondance de chaque jour. *(Applaudissements.)*

Enfin, je suis certain de traduire votre pensée à tous en exprimant à notre économe, M. Prével, combien nous lui sommes reconnaissants des nombreux tracas que lui occasionne chacune de nos fêtes, qu'il organise avec autant de goût que d'économie. *(Applaudissements.)*

Puisque j'ai à vous signaler tous les faits intéressants qui ont marqué l'année 1897-1898, je ne saurais passer sous silence le 3e congrès national qui s'est tenu à Paris en 1897 et à l'organisation duquel notre Société a largement contribué. L'ouverture en a été faite par l'éminent professeur Brouardel, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine. C'était notre première entrée officielle à la Faculté, et on nous y a souhaité la plus cordiale bienvenue.

L'œuvre à laquelle Paul Dubois a attaché son nom comme promoteur des congrès est maintenant pleine de vitalité, et son fonctionnement s'accomplit régulièrement sans choc et sans difficulté. La réunion de 1898 s'est tenue à Lyon sous les auspices de la Société des dentistes du Rhône et de la région, qui est présidée par l'éminent

docteur Claude Martin ; elle n'a pas été moins brillante que ses devancières et elle a vu se traiter des questions particulièrement intéressantes et d'un ordre élevé, dont il restera des traces durables.

Indépendamment du Congrès annuel de toute la profession, nous avons assisté également, au mois de mai 1898, à une réunion-congrès organisée à Marseille par l'Association générale des dentistes du Sud-Est. Le programme de cette assemblée était naturellement moins étendu que celui d'un congrès annuel, mais il n'en a pas moins présenté un vif intérêt. Les délégués de l'Ecole à cette réunion, MM. Lemerle, Richard-Chauvin et Papot, ont rapporté surtout un souvenir ineffaçable de l'accueil aimable de leurs confrères. *(Applaudissements.)*

Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'on s'occupe déjà de la préparation d'un autre congrès, plus vaste celui-là puisqu'il doit réunir des dentistes de tous les pays : je veux dire le grand congrès dentaire international de 1900, où nous tiendrons à représenter la profession avec honneur.

Il importe de signaler à ce propos que, pour l'organisation de ces réunions scientifiques, notre Société marche toujours d'accord avec la Société Odontotechnique, qu'elle est toujours sûre de rencontrer, qu'il s'agisse de démarches à faire auprès de l'autorité supérieure ou d'intervention auprès des membres du gouvernement, pourvu que les intérêts des écoles, des élèves ou de la profession, soient en jeu. *(Applaudissements.)* Cette bonne entente prouve suffisamment que le nom d'*Ecoles sœurs* que nous appliquait le président de notre banquet de 1898, le docteur Chautemps, est pleinement justifié. Il y a tout lieu de se féliciter de cette utile collaboration, car, en mettant en commun les efforts individuels, on atteint plus sûrement le but que l'on poursuit, but d'autant plus louable, lorsque, comme le nôtre, il n'est autre que l'intérêt général.

Le bien de la collectivité n'est-il pas en effet, le mobile que nous avons toujours devant les yeux et vers lequel nous tendons sans répit, à la fois comme établissement scientifique et comme institution de bienfaisance ? N'oublions pas que, si notre institution rend des services incontestés à l'enseignement supérieur libre comme école, elle est en même temps un établissement philanthropique qui fait œuvre de charité. Et cette œuvre est grande et bonne, parce qu'elle assure la guérison ou tout au moins le soulagement aux déshérités de la fortune.

C'est à coup sûr à un sentiment d'humanité que nous avons obéi, en décidant, il a peu de jours, que toutes les opérations dentaires susceptibles de causer quelque douleur aux indigents qui viennent à notre dispensaire nous demander des soins gratuits, se feront dorénavent avec l'aide de l'anesthésie, générale ou locale *(Applaudissements)*,

suivant le cas. Ainsi que le faisait observer si judicieusement M. le Dr Sauvez dans le remarquable rapport qu'il a adressé à ce sujet au Conseil d'administration, le bon renom de notre dispensaire exige que les malades bénificient dans la plus large mesure d'une découverte scientifique aussi importante, surtout quand cette découverte est précisément due à un dentiste.

L'anesthésie, on le sait, est un auxiliaire coûteux, dont les gens riches seuls peuvent s'offrir le luxe dans nos cabinets. Nous avons pensé que le prolétaire a le même droit d'être soustrait à la souffrance, s'il n'a pas les mêmes moyens, car la douleur ne connaît pas les distinctions sociales. *(Applaudissements.)*

Cette pratique constante de l'anesthésie aura d'ailleurs un résultat très avantageux pour nos étudiants : elle les familiarisera avec l'emploi d'agents dont beaucoup de praticiens ne se servent encore qu'en tremblant, quand ils ne les délaissent pas complètement. Pourtant, le droit à l'exercice de l'anesthésie accordé aux chirurgiens-dentistes est une conquête que nous devons à la loi de 1892. Ce droit, il faut que nous l'exercions et surtout que nous soyons aptes à l'exercer. A cet égard, cette loi à créé aux écoles des devoirs étendus. Il est évident que, pour pratiquer l'anesthésie, il faut non seulement posséder les connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques indispensables à l'examen du malade, mais encore avoir assisté fréquemment à l'emploi des agents anesthésiques et les avoir administrés soi-même d'après les indications de professeurs compétents, en même temps que sous leur contrôle et leur responsabilité.

C'est pour cela qu'indépendamment de ce que nos étudiants pourront apprendre sur ce sujet pendant leur stage dans les hôpitaux, nous avons ajouté à notre clinique d'anesthésie du mardi, dirigée avec habileté par M. le docteur Pinet, une clinique journalière d'anesthésie générale. Chaque jour, un de nos professeurs, désigné à notre choix par ses travaux antérieurs comme un spécialiste en la matière, fera des démonstrations devant une série d'élèves, qui seront ainsi témoins, dans le cours d'une année, d'un grand nombre d'anesthésies produites par les moyens dont dispose la chirurgie dentaire. Cette organisation montre assez l'importance capitale que nous attachons au droit que nous confère la loi de 1892 et les efforts que nous entendons faire pour exercer dignement ce droit.

Je ne prolongerai pas ce rapport, déjà trop long, car je désire ne pas mettre votre patience à une plus longue épreuve. J'avais pour mission de vous faire connaître notre situation au commencement de notre dix-neuvième année d'existence et pour cela je me suis vu dans l'obligation d'entrer dans certains détails. J'ai le devoir cependant de tirer une conclusion de tout ce que je vous ai dit; je le

ferai volontiers, car elle est de nature à causer quelque plaisir aux amis de notre institution.

N'est-ce pas un spectacle réconfortant, après des commencements aussi pénibles que ceux qu'elle eut, après les difficultés sans nombre qu'elle a dû vaincre, les luttes répétées qu'il lui a fallu soutenir, de voir aujourd'hui notre école maîtresse chez elle avec une installation si grandiose qu'on aurait à peine pu la soupçonner il y a quelques années, de la voir aussi prospère que les plus exigents pourraient le souhaiter !

L'Ecole dentaire de Paris peut maintenant être assurée d'une existence heureuse et brillante, et les phases de réussite qu'elle a traversées dans le passé sont la meilleure garantie que l'avenir lui réserve des jours tout aussi glorieux. Le but qu'elle poursuit est noble et désintéressé, son œuvre, tout entière de dévouement de la part de ceux qui la dirigent, est avant tout bienfaisante et tend uniquement au progrès, au relèvement de la profession et au soulagement de ceux qui souffrent, et la France est un pays où germent trop de sentiments généreux pour que nous ne puissions pas compter avec confiance sur le succès, juste récompense de ceux qui ne recherchent d'autre avantage que la satisfaction du devoir accompli. *(Applaudissements répétés.)*

ALLOCUTION DE M. PAUL STRAUSS

Sénateur de la Seine.

Mesdames, Messieurs,

En m'appelant à présider cette belle fête, le Conseil d'administration de l'Ecole m'a fait un grand honneur, dont je sens tout le prix. Je n'ai qu'à consulter mes souvenirs pour me rappeler que ce fauteuil a été occupé : parmi les disparus, par le glorieux Paul Bert, dont on évoquait tout à l'heure la mémoire ; parmi les absents, par des hommes tels que le président Henri Brisson et le doyen Brouardel ; et parmi les présents, par mon ami Gustave Mesureur, président de la commission du budget, ancien et futur ministre *(Applaudissements)*, par mon autre ami H. Henri Monod, le très savant et très dévoué directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur. *(Applaudissements.)*

En succédant à des personnalités aussi éminentes, je n'ai

donc pas mérité les trop bienveillants éloges qui m'ont été prodigués par votre si aimable et si persuasif directeur. *(Applaudissements.)*

Comment ne pas avoir de sympathie pour une œuvre comme la vôtre ! Tout à l'heure je n'ai trouvé ni dans l'attachante allocution de M. Godon, ni dans la brillante conférence de M. le professeur Launois, ni dans le rapport si documenté de M. Martinier, une indication qui a pourtant bien sa valeur : c'est que 28.000 malades ont reçu ici des soins gratuits pendant la dernière année ! Votre institution rend ainsi des services inappréciables et montre la voie à suivre à tous les établissements de bienfaisance. *(Applaudissements.)* Je ne suis pas venu parmi vous pour critiquer le fonctionnement de nos hôpitaux ; nul mieux que moi n'apprécie, au contraire, les services immenses qu'ils rendent à la population pauvre, ainsi que le dévouement dont est animé le corps médical et chirurgical tout entier, mais depuis longtemps j'ai cette opinion qu'on ne tire pas tout le parti qu'on pourrait tirer des ressources considérables qui sont mises à leur disposition. La création des accoucheurs, par exemple, a été un véritable bienfait pour les malades ; aussi puis-je me féliciter aujourd'hui d'avoir contribué pour ma modeste part à la constitution prochaine des dentistes des hôpitaux.

Les sciences doivent toutes être reliées les unes aux autres, elles sont solidaires ; mais il faut nous rendre compte que plus la science progresse, plus la spécialisation doit avoir sa place dans les services sociaux. *(Applaudissements.)* En ce qui vous concerne, la loi de 1892 n'a pas encore donné tous ses effets utiles, et on ne vous utilise pas comme il le faudrait ni dans les hôpitaux, ni dans les écoles, ni dans les dispensaires.

J'ai conservé le souvenir d'un rapport de votre directeur au Conseil municipal sur la création d'une inspection dentaire dans les écoles et j'ai été frappé des services considérables que les dentistes rendraient dans cet ordre d'idées. L'école doit être l'atelier d'apprentissage des bonnes habi-

tudes ; on doit s'y familiariser avec les soins de propreté. J'estime donc que le dentiste y serait, tout aussi bien qu'à la caserne du reste, un agent nécessaire, y jouant un rôle salutaire et efficace à mesure qu'on fera appel à sa compétence. *(Applaudissements.)*

Puisque je ne suis pas un nouveau venu parmi vous, je suis sûr d'être l'interprète des hommes publics qui s'intéressent à votre œuvre, en disant que votre école mérite d'être encouragée ; aussi est-ce avec confiance que je me tourne vers M. le député Mesureur, président de la commission du budget, vers mon ami le conseiller général Marquez et vers M. le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques Henri Monod pour leur demander sous une forme tangible un concours que vous sollicitez et qui ne doit pas vous être mesuré. *(Applaudissements.)*

Les services rendus par cette école sont énormes ; c'est à vos efforts, à votre vaillance que vous devez de plus en plus d'êtres utiles aux malheureux, à la jeunesse, à la profession, à la nation tout entière *(Applaudissements.)* C'est pour encourager ces efforts que nous allons distribuer des récompenses si méritées. *(Applaudissements prolongés)*

PALMARÈS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-98

3e année

Elèves ayant obtenu le nombre de points fixé par le règlement et auxquels sont accordés le diplôme de l'Ecole dentaire et les récompenses suivantes :

Maximum des points : 120. — Minimum : 70.

Session de juillet.

1er *prix d'excellence* : M. WILBERT AMAND, sorti premier, avec 107 points 3/4.

Ce prix comprend :

Un prix d'honneur décerné par M. LE MINISTRE DU COMMERCE,

Un prix accordé par M. LE PRÉFET DE LA SEINE, au nom du Conseil Général,

Une médaille d'argent offerte par l'Ecole,

Un tour à fraiser offert par la maison WHITE de Philadelphie,

Une tablette de fauteuil offerte par la maison MAMELZER et fils.

2e *prix d'excellence*: M. POURQUIÉ PIERRE, 102 points.

Ce prix comprend :

Un prix accordé par M. LE PRÉFET DE LA SEINE, au nom du Conseil Général,

Une médaille de bronze offerte par l'Ecole,

Une trousse et douze daviers, offerts par la maison Victor SIMON et Cie.

Mention honorable: M. CERNÉA JEAN, 96 points 1/4.

A cette mention honorable décernée par l'Ecole sont attribués un prix accordé par M. LE PRÉFET DE LA SEINE, au nom du Conseil Général, et un bon de 100 francs d'instruments à choisir, offert par la maison KŒLLIKER.

Prix d'épreuves pratiques: M. WILBERT AMAND, déjà nommé pour le 1er prix d'excellence. Un écrin renfermant des daviers, offert par la maison LEMAIRE.

Prix de clinique: M. BUSCAIL HENRI, 79 points 1/2.

Un maillet automatique, offert par la maison CORNELSEN, et deux boîtes de ciment offertes par la maison Vve FRIESE.

Session de juillet.	Points.	*Session d'octobre.*	Points.
Dr PASSIRANI Guiseppe.		Dr ROSENSTEIN, Nathan ..	»
MM. PAILLARD, André..	94	Dr ARVEGUI, Mario......	»
FISCHER, Jean-Bte.	92 1/2	Mlle WEIL, Emma.......	97 1/4
Mlle CHALLIOT, Madel.	92 1/4	MM. HADJI, Christo.....	94
MM. FERTIN, Fernand ..	84 1/4	ANTUNÈS, Pio......	90 1/2
GIRET, Adolphe ...	83 1/2	CASATI, Claude ...	87 1/2
PITTET, Henri	80 3/4	Mlle VOLOVATZ, Kaïa....	86 1/2
		MM. FOUQUES, Gaston ..	86 1/4
		BARJAVEL, Marie ..	86
		GADEAU, Maurice ..	82
		LORIOT, Auguste ..	81 1/2
		MUSSAT, Camille ..	76 1/2
		FLORENTIN, Joseph.	76

2e année.

Elèves ayant subi avec succès l'examen de fin de deuxième année et admis à suivre les cours de troisième année.

Maximum des points : 78. — Minimum : 46.

Session de juillet.

Prix d'excellence et prix d'épreuves pratiques: Une trousse de daviers, offerte par la maison ASH ET FILS, un coryleur offert par la maison JOUBERT, à M. LOUSTALOT FRANÇOIS, qui a obtenu 75 points 3/4.

Prix de Clinique: Un volume offert par M. BERTHAUX, de Soissons, et deux boîtes de ciment, offertes par la maison Vve FRIESE, à M. BOURRAT ETIENNE, 54 points 3/4.

	Points.		Points.
MM. BAELEN, Albert	72	VICAT, André	55 1/2
LAVERTON, Marcel	70 1/2	Mme FRENKEL, Louise	55 1/2
LAURIAN, Victor	68 1/4	MM. DEMEULLE, Georges	55 1/4
WIRION, François	65 1/2	LECONTE, Joseph	51 1/2
BLATTER, Antoine	64 1/2	CHALAMET, Adrien	58 1/2
ERNY, Georges	64 1/2	MANTEAU, Auguste	57 1/4
LE BOUCHER, Octave	63 3/4	Mlle WEIL, Noémie	56 1/2
PÉLISSIER, Jean-Bte	63	MM. GODIN, Lucien	56 1/4
MM. FABRET, François	54 1/2	LOUBIÈRES, Auguste	50
BUFFARD, Charles	53 3/4	FEREZ, Charles	48 3/4
CALAME, Louis	52	CHIBRET, Eugène	46 1/2
COEFFREL, Paul	59		

Session d'octobre.

M. CHEVAL Jean-Baptiste, officier de santé.

M. LEGROS Jules	59	MM. BRIDE, Julien	50 1/4
Mlle BAUME, Marie	56	BELITRANDI, Umberto	48 1/2
MM. BRUN, François	52 3/4	Mlle CANACAKI, Irène	47 1/4
BOULOGNET, Désiré	52 1/4	MM. CAZENAVE, Louis	46 1/4
ROSENFELD, Adolp.	51 1/4	NAHUM, David	46
TZAKIRIS, Sotir	50 1/2	RAFFY, Mirza	46

1re année.

Elèves ayant subi avec succès l'examen de fin de première année et admis à suivre les cours de deuxième année.

Maximum des points : 54. — Minimum : 32.

Session de juillet.

Prix d'Excellence: Un maillet automatique, offert par M. LECAUDEY, à M. CRÉPON AUGUSTE, qui a obtenu 48 points 1/4.

Prix d'épreuves pratiques: Un stérilisateur, offert par la maison REYMOND frères, à M. LEHUBY EUGÈNE, 37 points 1/2.

Prix de clinique : Un volume offert par M. BERTHAUX, de Soissons, et deux boîtes de ciment offertes par la maison Vve FRIESE, à M. GUILLAUMIN FRANÇOIS, 44 points 1/2.

	Points.		Points.
MM. BOISSEUIL, Albert	47 1/4	MM. DOBRENN, Joseph	45
LENFANT, Ulysse	46	DELESTRE, Maurice	45
MÉIER, Jean	45	Mlle AUVRAY, Eugénie	44 3/4
DARRÉ, Edmond	45	M. CORNIC, Louis	43

MM.	CAILLOUET, Jean..	42 3/4
	TOUCHARD, Jules..	42 1/2
	GRAPAIN, Léon...	41 3/4
	AURAY, Henri....	41
	PERREGAUX, Jean.	40 1/2
Mlle	VAN-DER-BIEST, Léa.	40
MM.	SOLELHAC, Maxim.	39 1/2
	BRUGÈRE, Clément.	38 3/4
	KELSEY, Louis....	38 1/2
	BOURAYNE, Ed....	38 1/4
	LELIÈVRE, Lucien.	38 1/4
	WILKEN, Aimé....	38
	RICHARD-CHAUVIN.	37
MM.	BIELLE, Gaston...	36 3/4
	GAUQUELIN, René.	36 3/4
Mlle	BASSOT, Rachel...	36 1/2
MM.	GRAS, Marcel....	34 1/2
	SOUFFRON, Marie.	32 3/4
	OLLIVIER, Georges.	32 1/2
	ESCUDIER, Marius.	32 1/2
	MARÉCHAL, Léon.	32 1/4
	REPELLIN, Nathan.	32 1/2
	ROCHAT, Olivier..	32 1/4
	DESCOFFRE, Maur.	32
	LIONNET, Gabriel..	32
	SCHMID, Alfred...	32

Session d'octobre.

		Points.
M.	BONNET, Louis......	40
Mlle	LIVCHITZ, Esther...	38 1/2
MM.	BOURIENNE, Louis.	35 1/2
	LE GRAND, François.	34 3/4
MM.	BOULEZ, Nicolas..	33 1/4
	VIGO, Louis......	33
	BAYE, Albert.....	32 1/2
	DE KISCH, Norbert.	32

Travaux Originaux

UN CAS DE NÉCROSE PHOSPHORÉE LOCALISÉE AU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 8 novembre 1898.)

Par M. Aug. ROLLIN,
Chirurgien-dentiste.

M..., âgé de 42 ans, fabricant d'allumettes de contrebande, se présente à notre consultation de l'hôpital Saint-François, le 4 janvier 1898.

Ce malade a commencé la vente des allumettes à l'âge de 15 ans. Il s'est livré à la fabrication des allumettes, avec le phosphore blanc, à l'âge de 37 ans. Depuis quelques mois il a des douleurs dentaires très vives. Son appétit est très diminué et ses fonctions digestives sont mauvaises. Ses forces se sont notablement affaiblies. M... a en effet

l'aspect d'un cachectique. Son teint terreux, son facies pâle, amaigri, indiquent une dénutrition profonde.

Le malade nous apprend que, depuis cinq années, il fabrique des allumettes dans une chambre petite, mal aérée, où il prend ses repas et où il couche. Il ne présente aucun signe de syphilis ancienne ni d'impaludisme ; mais il est alcoolique : il a régulièrement des pituites matinales, des rêves professionnels, et il nous est permis de constater des zones d'anesthésie dans une moitié du corps.

A l'examen de la cavité buccale, nous voyons les gencives de la mâchoire supérieure rouges, tuméfiées, saignantes. Elles présentent des fongosités nombreuses, qui recouvrent les dents, et les cachent en majeure partie. Toutes les dents sont conservées.

Au maxillaire supérieur, les six dents de devant sont saines ; les quatres petites molaires sont atteintes de caries pénétrantes. Toutes sont fortement ébranlées ; on pourrait en pratiquer l'extraction avec la plus grande facilité. Quant aux grosses molaires, elles ne présentent pas de lésions.

Rien à noter à la mâchoire inférieure. Le malade nous dit qu'en outre des douleurs dentaires, il ressent des douleurs irradiées à la tempe et au lobule de l'oreille. Il ne paraît pas y avoir de traces de propagation aux os du crâne.

La mastication est impossible, et la gustation fortement troublée. La cavité buccale est le siège d'une suppuration abondante, fétide, qui comble les sillons gingivaux. La muqueuse est décollée, et l'on arrive, à l'aide d'un stylet, sur un os complètement dénudé.

Les commémoratifs, la longue durée de l'affection (5 ans), son mode de début par des douleurs dentaires, irradiées, avec troubles de l'état général, tout cela, combiné à l'examen local, nous a permis de faire le diagnostic d'intoxication par l'acide phosphorique, avec nécrose limitée au maxillaire supérieur.

Nous avons procédé, le vendredi 4 janvier 1898, à l'extraction des deux grandes incisives. L'état d'affaiblissement considérable du malade ne lui a pas permis de sup-

porter l'opération : il a eu une syncope à la suite de la première extraction.

Nous avons soumis M... à un traitement local (irrigations buccales phéniquées), en même temps qu'il a suivi un régime tonique. De plus, il a complètement cessé la fabrication des allumettes et a supprimé l'alcool dans la mesure du possible.

Le vendredi 11 janvier, nous avons extrait huit dents, petites incisives canines et petites molaires. Nous avons fait des cautérisations ignées sur les fongosités gingivales, et le malade a continué ses irrigations, en alternant avec de grands lavages de la bouche à l'hydrate de chloral.

Le 25 janvier, nous avons constaté une amélioration locale considérable. Les gencives sont moins rouges, elles ont diminué de volume. Le malade arrive à manger, malgré l'extraction des dix dents de la mâchoire supérieure. Son état général paraît s'améliorer.

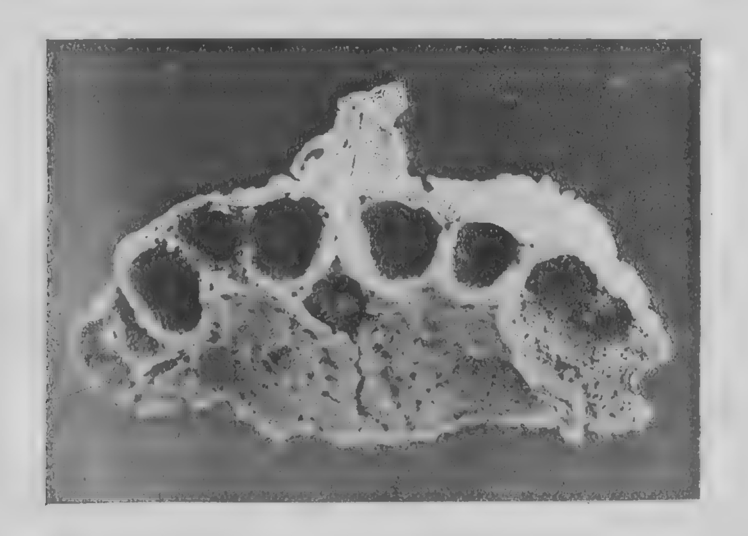
M... est resté ainsi jusqu'au 25 mars. Nous avons constaté alors un début de mobilisation du séquestre.

Suivant les conseils donnés par Trélat, et contrairement à l'opinion des chirurgiens allemands, nous avons attendu, pour opérer, la mobilisation complète de la partie osseuse nécrosée. Le 5 juin, le séquestre étant complètement mobile, la nécrose paraissant s'être limitée, nous avons décidé l'opération. Après avoir endormi le malade au bromure d'éthyle, nous avons pratiqué deux incisions latérales de chaque côté du séquestre et, après avoir séparé à la rugine la muqueuse gingivale, nous avons fait très facilement l'extraction du séquestre au moyen d'un davier à mors large.

Le séquestre, que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société anatomique, représente une surface osseuse de trois centimètres de long et s'étend en largeur sur une étendue de dix alvéoles dentaires.

Il ne présente pas d'ostéophytes phosphoriques ; mais sa surface est poreuse à la partie inférieure, tandis qu'elle est lisse et bien nette en haut. Le doigt, introduit dans la cavité, permet de sentir le périoste qui limite les phénomènes de nécrose du côté du maxillaire.

Le 7 juin, nous avons appliqué à notre malade un appareil prothétique en celluloïd. Cet appareil, qui obture la cavité communiquant avec les fosses nasales et le sinus maxillaire, supporte dix dents artificielles. Avec cela, le malade mange, boit très facilement. Sa parole est claire, tandis que, si l'on retire l'appareil, la voix devient nasonnée et les aliments passent de la bouche dans les fosses nasales.



Dans ce cas de nécrose phosphorée, nous relevons qu'il s'agit d'un malade ayant présenté des phénomènes de nécrose au bout de cinq ans de travail dans l'industrie des allumettes. Cette nécrose siégeant au maxillaire supérieur, ce qui est assez rare comme localisation, s'est limitée d'une façon bien nette au séquestre dont nous avons donné les dimensions. De plus, la surface de ce séquestre ne présente aucun dépôt osseux de nouvelle formation.

Nous pensons que, dans ces cas, l'application pour ainsi dire immédiate d'un appareil prothétique peut rendre au malade les fonctions que l'élimination du séquestre a fait disparaître.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 8 novembre 1898.

Présidence de M. d'Argent, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

M. d'Argent. — Le procès-verbal de notre dernière réunion a été publié dans le numéro du 15 octobre. Quelqu'un a-t-il des observations à y faire ?

Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Sautier s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

M. d'Argent prononce l'allocution suivante :

Mes chers Confrères, avant de reprendre nos travaux, je crois qu'il n'est pas sans utilité d'attirer votre attention sur la période de vacances qui vient de prendre fin, mais qui n'a pas marqué un temps de repos pour la science dentaire et l'évolution professionnelle que nous poursuivons.

En effet, pendant l'interruption de nos réunions le Congrès de Lyon a tenu ses assises et a obtenu un succès mérité à différents points de vue.

L'Odontologie vous a déjà renseignés à ce sujet ; mais je pense que certains points méritent qu'on s'y arrête.

Tout d'abord, et c'est ce qu'une société comme la nôtre envisage en première ligne, les communications, comportant les sujets les plus divers, ont subjugué l'attention des congressistes. Et comment en eût-il été autrement, étant donné leurs auteurs, parmi lesquels on cite des noms comme MM. Tellier frères, Martin et Pont de Lyon ; et nos amis Martinier, Sauvez, Michaëls, etc. !

Retenons du très intéressant rapport de M. Julien Tellier l'expression sous laquelle il désigne la région qu'il considère comme le domaine du chirurgien-dentiste : il l'appelle la *région gingivo-dentaire,* qui nous délimite ainsi très simplement notre champ opératoire.

Notre directeur, M. Godon, a lui-même souligné cette

heureuse appellation, qui précise nettement la portion buccale qui nous appartient, que nous devons défendre, et qui caractérise si bien la fonction du chirurgien-dentiste proprement dit.

L'approbation des congressistes a été unanime sur cette manière de voir et s'est retrouvée presque tout entière lorsqu'a été examiné le vœu tendant à rattacher notre enseignement à l'Université. Les dentistes ont fermement défendu l'œuvre de l'enseignement professionnel libre contre toute ingérence officielle, et c'est là un résultat qui, sans être fait pour nous surprendre, n'en est pas moins une manifestation qui nous réjouit, parce qu'elle a jeté la lumière sur cette question et mis fin aux idées utopistes d'un petit nombre de confrères, certainement sincères, mais un peu... trop crédules pour ne pas dire naïfs, dans leur invocation à *l'officialité*, cette prétendue mais inefficace panacée.

M. d'Argent ajoute : Pendant les vacances nous avons organisé à l'Ecole une séance de démonstrations pratiques, dans laquelle il nous a été notamment exposé par M. Ott une méthode de dorure à froid, très utile pour les petits instruments et les objets de faible volume.

Un de nos confrères, M. Algot-Ruhe, de Stockholm, y a développé un nouveau procédé pour la confection des dents sans plaque et des travaux à pont. Je vous lirai tout à l'heure une communication qu'il vient de m'adresser sur ce sujet.

L'ordre du jour appelle la communication de M. le Dr Sulzer : « Des relations entre les maladies des dents et certaines affections oculaires. »

Permettez-moi de vous présenter M. le Dr Sulzer, médecin-oculiste de la Faculté de médecine de Paris, que j'ai prié de nous faire une communication ; il a bien voulu y consentir ; je l'en remercie en votre nom.

M. le Dr Sulzer donne lecture de sa communication (Voir *Travaux originaux*, n° du 30 novembre).

Discussion.

M. d'Argent. — Quelqu'un a-t-il des observations à formuler au sujet de la communicatiou du Dr Sulzer ? Pour ma part, je remercie M. le Dr Sulzer, en votre nom, de la très intéressante communication qu'il vient de nous faire et qui, sous un petit volume, n'embrasse pas moins des questions fort importantes, complètement étudiées.

M. le Dr Sulzer. — Permettez-moi, Messieurs, de vous remercier, à mon tour, de l'honneur que vous m'avez fait en me recevant parmi vous, de l'accueil qui m'a été réservé et de la bienveillante attention avec laquelle vous m'avez écouté.

M. le Dr Amoëdo. — Les relations entre les affections oculaires sont bien étudiées dans le travail qui vient de nous être présenté. Cependant j'ai déjà traité cette question dans ma thèse et je vous citerai quelques observations qui y sont publiées.

La première, rapportée dans la thèse de Métras, a trait à un médecin qui portait depuis 4 ans une dent à pivot fixée sur une racine de canine ; cette dent étant tombée fut replacée sans que la racine fût traitée à nouveau, et, dès le lendemain, l'acuité visuelle de l'œil du même côté était diminuée; les accidents s'aggravèrent et ne disparurent qu'après l'extraction de la canine.

Voici une deuxième observation due à M. Galezowski : il est question d'une dame qui, atteinte de blépharospasme, ne vit cette affection disparaître qu'en cessant de porter un appareil de prothèse. Se croyant guérie, elle remit son appareil et le blépharospasme reparut; elle dut renoncer tout à fait à son dentier.

Chez une autre malade, que je soignais pour une sinusite, des troubles oculaires étant survenus, j'adressai cette personne au professeur Berger, qui ne trouva rien d'anormal à l'examen ophtalmoscopique. Les troubles oculaires disparurent avec la sinusite.

J'ai remarqué que, dans la communication de M. le Dr Sulzer, il était souvent question de carie profonde, et ce mot ne nous dit rien, il est trop vague ; il faudrait nous faire connaître s'il s'agit d'une carie avec pulpe vivante ou avec pulpe morte.

M. le Dr Sauvez. — Carie profonde veut dire *carie perforante* avec pulpe infectée, que celle-ci soit ou non découverte.

Quant à la voie de propagation qui peut exister au-devant du sinus, elle dépend uniquement d'une disposition anatomique, car nous savons que les aponévroses opposent généralement une barrière à la marche en avant de l'infection. Si l'extrémité de la racine malade est située au-dessous de l'insertion du muscle orbiculaire des lèvres s'il s'agit d'une dent antérieure, ou du muscle buccinateur dans le cas d'une dent postérieure, le processus inflammatoire évoluera vers la bouche ; si, au contraire, l'extrémité de la racine est située au-dessus de l'insertion de ces muscles, l'inflammation pourra se propager au-devant du sinus vers l'orbite.

Je vous citerai, comme exemple de l'influence des affections du système dentaire sur les troubles oculaires, une observation assez curieuse : une jeune fille de 18 ans présentait de la blépharoptose ; l'oculiste consulté conseilla de la conduire chez un dentiste avant le début de tout traitement, pour que sa bouche fût en parfait état.

Cette jeune fille avait des dents saines, sauf une dent de sagesse inférieure atteinte d'une carie du collet au deuxième degré ; je ne pensais pas qu'il y eût la moindre relation entre l'affection oculaire et l'affection dentaire, cependant je nettoyai la cavité, je fis l'obturation et, trois jours après, la blépharoptose avait disparu.

M. le Dr Frey. — M. le Dr Sulzer, qui est oculiste, voit des troubles oculaires d'origine dentaire, mais nous qui sommes dentistes, nous voyons des troubles dentaires d'origine oculaire.

Récemment j'examinais la bouche d'un malade qui se plaignait de névralgie dentaire, je cherchais de tout côté quelle pouvait être la cause de sa douleur, quand, ce malade, myope, m'ayant avoué que sa vue était moins bonne depuis quelque temps, l'idée d'une corrélation entre sa douleur dentaire et sa vue me vint à l'esprit ; j'adressai mon malade à un oculiste, qui lui ordonna des verres corrigeant bien son amétropie, et il se trouva guéri de ses maux de dent.

M. le Dr Sulzer. — Je remercie les membres de la Société des indications qu'ils viennent de me donner. Si j'ai mis fort peu de précision dans mes diagnostics dentaires, cela provient du vague qui règne dans la littérature médicale à cet égard ; dans plusieurs des observations que j'ai recueillies, non seulement il n'est aucunement question du degré de la carie, mais il n'est même pas indiqué s'il s'agit d'une dent supérieure ou d'une dent de la mâchoire inférieure. De plus, je ne suis pas dentiste et je craindrais, en cherchant à faire un diagnostic dentaire, de le faire erroné ; aussi quand un malade vient me consulter pour une affection oculaire et que j'ai lieu de supposer que celle-ci est sous la dépendance d'une affection dentaire, je l'engage à aller trouver un dentiste et je me garde bien d'examiner ses dents.

Dans l'observation citée par M. Amoëdo, concernant une malade qui portait un appareil de prothèse et présentait du blépharospasme, il s'agissait vraisemblablement d'une femme hystérique.

Il est certaines affections oculaires au début qui donnent lieu à de vives douleurs dentaires et ne présentent en dehors de cela que peu de signes propres et qu'il faut savoir rechercher ; il faut donc se défier des erreurs de diagnostic en pareil cas.

Je n'ai voulu exposer dans cette communication que des idées générales, car il aurait fallu donner quelques détails sur les affections oculaires et cela m'aurait entraîné trop loin. Parmi les affections oculaires pouvant reconnaître une cause dentaire, on a signalé également la mydriase, mais on a prétendu que, dans ce cas, elle était d'origine hystérique. La mydriase d'origine hystérique est, en effet, admise aujourd'hui, bien qu'on n'ait pas encore un nombre suffisant de mydriases hystériques bien caractérisées.

L'observation de M. Frey est d'accord avec mon exposé ; dans le cas qu'il a cité il s'agissait d'une myopie compliquée d'astigmatisme,

car c'est cette dernière amétropie qui donne le plus souvent naissance à des douleurs dentaires.

II. — Don de thèses a la Bibliothèque.

M. d'Argent. — Nous avons reçu de M. le Dr Amoëdo un exemplaire de sa thèse *L'art dentaire en médecine légale*, qu'il offre à la Bibliothèque de l'Ecole. Nous remercions M. Amoëdo de ce don.

Nous avons reçu également une thèse du Dr René Potelet intitulée *Contribution à l'étude des fractures du maxillaire inférieur*. Cette thèse, qui émane d'un écrivain ne se destinant pas à l'exercice de notre spécialité, prouve l'intérêt général que comportent certaines affections qui ressortissent à l'art dentaire. Je vous propose d'en féliciter l'auteur en lui présentant nos remerciements.

III. — Les dents sans plaque selon la méthode de Samsiœ, par M. Algot Ruhe.

M. d'Argent donne lecture, au nom de l'auteur, d'une communication sur ce sujet (sera publiée prochainement).

Discussion.

M. le Dr Roy. — Ce système me rappelle le procédé de Herbst pour les travaux à pont ; seulement Herbst emploie de l'étain, tandis que Samsiœ emploie un alliage spécial. Nous avons vu M. Herbst fabriquer des appareils à pont extemporanément ; il se servait d'étain pur, qu'il pressait avec une peau de chamois, lorsqu'il était encore à l'état pâteux.

M. Meng. — La méthode de Herbst offre la supériorité de donner l'articulation.

M. d'Argent. — J'ai vu M. Algot Ruhe, qui est un opérateur très habile, appliquer le procédé qu'il décrit. La pâte qu'il appelle *regina* n'a pas de retrait et conserve exactement l'empreinte qu'elle a prise, et c'est peut-être là ce qu'il y a de mieux à retenir dans ce procédé. En résumé, les deux méthodes se valent.

M. Godon. — Cette méthode n'a-t-elle pas été présentée au Congrès de Moscou ?

M. le Dr Sauvez. — Je ne crois pas.

M. le Dr Roy. — Mon observation n'a pas trait à la priorité, je constate seulement que les deux méthodes diffèrent peu l'une de l'autre.

IV. — Observation sur un cas de nécrose phosphorée, par M. Rollin.

M. Rollin donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente, à l'appui, des moulages et des photographies. (Voir *Travaux originaux*, p. 462.)

M. le Dr Amoëdo. — Quelles ont été dans ce cas les voies de pénétration du phosphore ?

M. Rollin. — Les caries des quatre petites molaires supérieures.

M. le Dr Roy. — Ce n'est là qu'une probabilité, car la question de l'étiologie de la nécrose phosphorée n'est pas encore résolue ; toute fois, il y a un point à retenir dans cette observation, c'est que le malade dont il s'agit se livrait à la fabrication clandestine des allumettes dans une chambre mal aérée.

Cela vient nous démontrer une fois de plus que la ventilation des ateliers a bien son importance.

M. le Dr Amoëdo. — Le tartre est un autre facteur dont il faut tenir compte dans la propagation de la maladie.

M. le Dr Roy. — Dans quel état se trouvait la bouche ?

M. Rollin. — Elle était propre.

M. d'Argent. — Personne ne demande plus la parole ? L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

L'assemblée se sépare à 11 heures.

Le secrétaire général,
Dr E. Maire.

REVUE
DES
JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

LES ACCIDENTS DE LA PREMIÈRE DENTITION ET LEUR TRAITEMENT

M. Chomprel. — L'enfant qui *fait ses dents* en souffre parfois et on le voit maussade, agité, faisant des grimaces, pleurant et portant les doigts à sa bouche. Il mâchonne, il mordille, cherchant à calmer le prurit qui le tourmente ; la salive hypersécrétée de façon réflexe coule de sa bouche et mouille les langes.

La muqueuse gingivale est plus ou moins enflammée et toutes les complications locales peuvent se montrer, depuis la stomatite aphteuse jusqu'au muguet. A ce moment aussi on voit parfois se développer un engorgement des ganglions voisins, qui sera fort long à disparaître et pourra prêter à des erreurs de diagnostic.

Cependant, l'enfant a de la fièvre, et la nuit se passe sans sommeil. L'inflammation buccale gagne le naso-pharynx et s'étend aux

organes respiratoires : c'est ainsi qu'au coryza s'ajoute parfois de la pharyngite et de la laryngite et qu'on peut voir l'hypersécrétion salivaire augmenter selon le degré d'obstruction des voies nasales. C'est dans ce cas également qu'apparaît une toux sèche, quinteuse, qui peut devenir grave si des accidents respiratoires, bronchite, broncho-pneumonie surviennent.

Du côté du tube digestif, les complications sont fréquentes : il y a surtout du catarrhe gastro-intestinal avec vomissements et diarrhée ; dans ce cas, les selles, jaunes au début, deviennent rapidement vertes et sanguinolentes, selon qu'on a affaire à de la lientérie, à de l'entérite ou à de la dysenterie. L'enfant ne se nourrit plus ou assimile mal : son poids diminue ou du moins cesse d'augmenter.

Le système nerveux tout entier est impressionné d'une façon réflexe par l'évolution dentaire et il n'est pas une mère qui ne redoute à ce moment, pour son enfant, les *convulsions*. Ce seront parfois de simples grimaces, des mouvements convulsifs de la face et des membres supérieurs et inférieurs, mais ce pourront être aussi des accidents beaucoup plus graves avec strabisme et nystagmus, des convulsions internes, le coma, qui laisseront peut-être une trace indélébile de leur passage. Pour certains auteurs, la chorée n'aurait souvent pas d'autre origine.

On a signalé du côté de la peau de nombreux accidents morbides produits par la dentition : troubles vaso-moteurs avec pâleur ou rougeur excessive des téguments ; sueurs profuses avec sudamina et érythème rubéoliques : urticaire, prurigo, impétigo, diverses formes d'eczéma.

Les organes des sens sont également susceptibles d'être atteints, d'une façon réflexe, l'otite n'est pas très rare, au cours de l'évolution dentaire, et on voit assez souvent une forme de conjonctivite non contagieuse et guérissant parfaitement.

Nous rappellerons pour terminer que le rein peut être troublé dans ses fonctions et qu'on a noté pendant la dentition des urines qui ne restent pas limpides et incolores, mais se troublent et blanchissent probablement par suite de la grande quantité de phosphates qu'elles contiennent.

Les accidents de dentition seront combattus de différentes façons.

L'hygiène de la bouche, qui doit être observée dès la plus tendre enfance, sera obtenue dans les circonstances présentes par des lavages fréquents et abondants avec une solution d'hydrate de chloral à 1 pour 100. Cette préparation a l'avantage d'être analgésiante en même temps qu'antiseptique.

On calmera le prurit au moyen de frictions exercées plusieurs fois par jour sur les gencives avec une préparation cocaïnée qu'on pourra formuler ainsi qu'il suit :

Chlorhydrate de cocaïne	15 centigr.
Chloroforme	1 gramme.
Glycérine	20 —
Essence de roses	VI gouttes.

L'hypersécrétion salivaire, qui coïncide souvent avec le coryza, sera parfois diminuée par de grands lavages du nez avec une solution tiède d'acide borique ou d'hydrate de chloral.

Les troubles provoqués par la dentition, qui ne cèderaient pas à ces moyens thérapeutiques, trouveront un remède, pour ainsi dire héroïque, dans les *scarifications gingivales*.

Voici comment on les pratique : l'enfant étant maintenu solidement sur les genoux de sa mère, la tête immobilisée par une tierce personne, on introduit entre les arcades dentaires l'index gauche, qui repousse la langue devant lui ; la gencive blanchie ou congestionnée sous laquelle évolue la dent, cause des accidents, est ainsi parfaitement découverte et, au moyen d'un bistouri tenu presque à plat, on peut couper la muqueuse, soit en un seul temps, soit en deux temps, par des incisions parallèles ou cruciales.

Il est inutile de dire que cette petite opération doit être faite avec toute la propreté possible.

Dans les deux jours qui suivront cette intervention, il sera bon, en plus des soins hygiéniques ordinaires de la bouche, de nettoyer légèrement la plaie plusieurs fois par jour avec un petit tampon d'ouate stérilisée, imbibée d'une solution faible d'acide phénique.

Ces scarifications ne doivent être faites que lorsque la dent est sur le point de traverser la gencive. Elles n'ont de raison d'être et ne donneront de résultat que dans ce cas ; faites plus tôt, elles pourraient avoir un grave inconvénient.

(*Presse médicale.*)

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA DOULEUR CONSÉCUTIVE A L'EXTRACTION

Par M. le Dr Arthur Scheuer, de Teplitz.

Depuis cinq ans j'ai l'habitude, après chaque extraction à la suite de laquelle il survient des douleurs, de laver l'alvéole avec de l'acide phénique concentré. Pour cela j'entoure la précelle, courbée à l'extrémité, d'un peu de ouate de Bruns, que je plonge dans l'acide phénique concentré et je lave profondément chaque ouverture radiculaire. L'effet est presque immanquable ; même quand une douleur dure depuis plusieurs heures, elle disparaît brusquement. J'en ai fait

souvent l'expérience sur des patients habitant assez loin de Teplitz. Veiller bien entendu à ne pas toucher la peau du visage et ne pas causer d'eschare, et faire rincer la bouche du patient immédiatement après le lavage. Si l'on avait touché la région voisine de la bouche à l'extérieur, ne pas manquer de laver promptement avec de l'eau et de sécher avec de l'alcool rectifié.

Si l'on emploie de l'acide phénique non dilué comme il vient d'être dit contre une douleur consécutive à l'extraction, il n'en résulte pas de conséquences fâcheuses, ainsi que j'en ai fait la remarque dans des milliers de cas. Le Dr Allis, de Philadelphie, affirme également, à la suite d'expériences répétées, que même un excès d'acide phénique pur est moins dangereux dans les cavités abcédées, les tissus exposés, les brûlures, qu'une solution diluée.

(*Prager Med. Wochenschrift.*)

UN NOUVEAU CIMENT ANTISEPTIQUE, LE CIMENT AU TANNOFORME

Par M. le Dr Dzierzaveski.

En examinant diverses préparations de formaline (l'amyloforme, le glutol), quant à leur valeur en dentisterie, j'observai qu'une combinaison de formaline, le tannoforme, donne, par son mélange avec la formaline, une pâte plastique qui durcit à la façon de tous nos ciments.

Le tannoforme préparé par Merck est un produit de condensation du formaldéhyde avec l'acide tannique ; son appellation chimique est *méthylenditannin;* il a pour formule $CH^2 \begin{matrix} C^{14}\ H^9\ O^9 \\ C^{14}\ H^9\ O^9 \end{matrix} + H^2O$

C'est une poudre blanc-rouge, légère, qui fond à une température de 230°, à laquelle il se décompose. Il est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'ammoniaque dilué et dans une solution de potasse ou de soude. Il est employé en médecine depuis 1895 avec succès pour l'usage interne et l'usage externe. A l'intérieur, il traverse la cavité buccale, l'œsophage et l'estomac sans subir de changement et ne se décompose que dans les intestins, où il dégage son formaldéhyde jusqu'à un certain point.

Malaxé avec de la formaline, c'est-à-dire une solution de formaldéhyde à 40 o/o, sur une plaque de verre, il donne une pâte qu'on peut manipuler comme la gutta. C'est la grande plasticité de cette pâte qui éveilla en moi l'idée de l'employer pour l'obturation des canaux ainsi que de la cavité pulpaire, après amputation de la pulpe, d'autant que le durcissement ultérieur de la masse permet l'application directe de l'amalgame ou du ciment (pour l'or la pâte est trop friable).

A cause de la ressemblance de la pâte de formaline-tannoforme avec

de ciment, cette préparation peut, à mon avis, être appelée ciment au tannoforme. Je l'emploie depuis 18 mois et je l'ai déjà essayée un millier de fois.

Bien que le ciment possède de grandes qualités antiseptiques, j'y ajoute un peu d'iodoforme et de thymol (pour rendre son action plus durable, sans porter atteinte à sa plasticité), que je mélange sur la plaque de verre, dans la proportion de 1 à 10. On peut combiner la formaline jusqu'à saturation avec l'acide phénique, sans craindre pour cette plasticité.

En obturant, sécher le mieux possible la cavité et, par contre, humecter le fouloir avec de l'eau, de la formaline ou autre liquide pour éviter qu'il n'adhère trop au ciment. En employant une préparation assez sèche, on n'a pas à craindre cette adhérence, et le durcissement est rendu plus rapide ; un ciment au tannoforme trop mou peut céder à la pression et sortir par le foramen ou se mélanger avec le ciment ou l'amalgame.

En résumé le ciment au tannoforme possède les avantages suivants :

1° Action fortement antiseptique, immédiate et durable ;

2° Plasticité facilitant l'obturation ;

3° Durcissement rendant inutile tout revêtement et permettant l'introduction immédiate de la matière obturatrice ;

4° Fragilité qui permet l'enlèvement en cas de besoin (je n'ai pas eu l'occasion de constater cette dernière qualité).

Ce ciment a toutefois un inconvénient : celui de décolorer les dents qui, de blanches, deviennent gris-rougeâtre. Ce n'est pas une raison cependant pour ne pas l'employer dans les dents antérieures avec des couronnes, à condition qu'il pénètre profondément dans la racine et qu'il y soit couvert avec de la gutta-percha, par exemple, pour qu'il n'en reste pas dans la couronnne.

J'ai employé le ciment au tannoforme dans quelques cas d'inflammation de la pulpe, comme le formagène, et obtenu de très bons résultats ; pourtant ce dernier est préférable, car il ne décolore pas.



NÉCROLOGIE

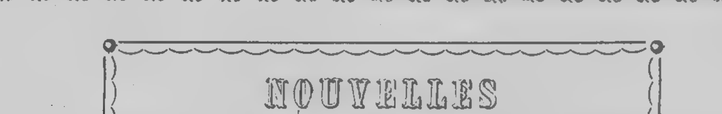
Nous apprenons la mort de notre confrère et ami *Rudesindo Trallero*, de Barcelone.

Tous nous nous souvenons de l'homme intelligent et charmant que nous avions connu élève à l'Ecole dentaire de Paris ; il avait obtenu le diplôme après de brillants examens de fin d'études — et nous l'avions applaudi comme lauréat de l'année scolaire 1884-85.

R. Trallero, nous pouvons le dire, était un fidèle ami de notre Ecole et il avait contribué à son bon renom à l'étranger, car, rentré dans son pays pour y fonder un cabinet, il était le premier à reconnaître qu'il devait à ses études en France et à son diplome, la position brillante qu'il s'était si rapidement faite.

Il vient de disparaître bien jeune, au moment où il devait recueillir les fruits de son travail ; nous prions sa veuve, son frère et toute sa famille de vouloir bien agréer nos condoléances les plus sincères.

G. V.



NOUVELLES

Le lundi 6 décembre a été célébré en l'église Saint-Louis-d'Antin le mariage de Mlle Aguilhon de Sarran, fille de notre confrère de l'Association générale. Nos compliments aux jeunes époux.

Nous lisons ce qui suit dans *La Semaine coloniale* de Saïgon (Cochinchine) du mardi 27 septembre 1898 :

« Nous apprenons avec plaisir l'arrivée, à Saïgon, d'un *chirurgien-dentiste diplômé de l'Ecole dentaire de Paris et de la Faculté de médecine de Paris*. M. Cossas a fait ses études à Paris, y a obtenu ses diplômes et l'on peut, en parlant de lui, dire que c'est un véritable chirurgien qui a fait toutes sortes d'opérations avec le plus grand succès.

. . . .

« M. Cossas, auquel nous souhaitons la bienvenue parmi nous, se fera vite une belle clientèle à laquelle il rendra de grands services, et lui-même se fera une position, car les bons dentistes sont rares ; aussi font-ils vite leur fortune ».

Nous souhaitons bonne chance à M. Cossas, qui est membre de l'Association générale des dentistes de France et diplômé de l'Ecole dentaire de Paris (année 1892-1893).

DERNIÈRE HEURE

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Touchard, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, se trouvait au nombre des lauréats auxquels l'Académie de médecine a décerné des prix le 13 de ce mois, dans sa séance solennelle annuelle.

M. Touchard a obtenu, concurremment avec M. Fiquet, le prix Alvarenga de Piauhy.

Nos compliments bien sincères à notre confrère.

18e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1898 IIe SÉRIE. VOL. VII

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie paraît le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules d'au moins 40 pages de texte, et forme, à la fin de chaque semestre, un volume d'environ 500 pages.
Le présent numéro contient 44 pages, soit 4 en supplément.
Le volume semestriel qui se termine avec ce numéro compte 520 pages, 2 gravures et 9 planches tirées hors texte.

A NOS LECTEURS

En terminant l'année, L'ODONTOLOGIE *est heureuse de constater l'augmentation de son tirage et de sa circulation progressivement étendue.*

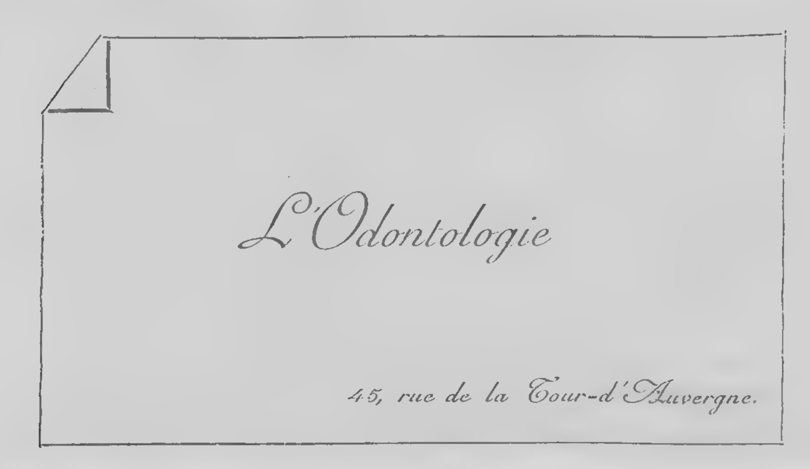
Cette importance croissante est due non seulement aux études de politique et d'intérêts professionnels, mais aussi à la valeur des travaux originaux et des contributions que nous avons publiés, valeur démontrée par les nombreuses traductions en différentes langues que nous retrouvons dans les Revues Etrangères.

Soucieux de l'actualité, nous avons donné dans des numéros exceptionnels le compte rendu complet des Congrès de Marseille (n° du 30 juin) et de Lyon (n° du 30 août). Nous n'avons pas reculé devant de lourdes dépenses en appelant l'illustration à notre aide (nos 32 gravures et nos 24 planches hors texte, dont deux doubles et en couleur, en font foi).

Sans autre ambition que celle de contribuer à la diffusion du progrès, au resserrement des liens qui doivent unir tous les membres de la famille professionnelle, et au bon renom de l'Art Dentaire Français, nous rappelons que L'ODONTOLOGIE, TRIBUNE LIBRE, *est à la disposition de ses lecteurs pour accueillir le fruit de leurs travaux.*

En remerciant très vivement nos précieux collaborateurs, nous disons

également merci aux nombreux lecteurs qui veulent bien nous suivre dans cette voie.





Travaux Originaux

DES STADES AMPHIBOLES DE LA CARIE DENTAIRE[1]

RADICULITE INFECTIEUSE

Par M. GEORGES MAHÉ

Entrant dans la voie que récemment[2] j'osai indiquer discrètement aux jeunes dentistes désireux d'apporter à leur science la contribution d'études originales et vraiment importantes, je veux dire la recherche, entre les divisions un peu schématiques et absolues que nos devanciers ont assignées à nos espèces pathologiques, de nouvelles subdivisions répondant à une observation plus fine des faits et à des indications thérapeutiques plus délicates, M. Gross vient d'appeler notre attention sur la période, jusqu'ici un peu

1. L'étendue de ce travail important nous empêche de le donner en entier ; nous le terminerons dans notre prochain numéro. N. D. L. R.

2. *L'Odontologie*, 1898, II, p. 319.

négligée, qui sépare le 3e degré du 4e, et des états intermédiaires qu'elle comporte et auxquels je proposerais d'appliquer la désignation générale, un peu prétentieuse peut-être, mais à coup sûr appropriée, de *stades amphiboles,* c'est-à-dire périodes indécises, ambiguës [1]; il a décrit un des mieux caractérisés, un de ceux dont l'autonomie est le moins discutable.

Ce n'est pas, à vrai dire, que cette *gangrène pulpaire,* car c'est, je crois, le nom qui convient parfaitement à l'affection sur laquelle il s'est arrêté, ait été jusqu'ici aussi méconnue qu'il le pense. Les auteurs classiques la connaissent et M. Dubois, pour ne citer que lui, en donne [2] une description un peu fruste sans doute, insuffisamment dégagée de la période franche du 3e degré, mais assez exacte cependant pour qu'on ne puisse douter que ce ne soit bien d'elle qu'il s'agisse.

Mais cet auteur n'éprouve pas le besoin de la distinguer plus nettement de l'ensemble de la pulpite et, en la décrivant ainsi, il est évident qu'il n'obéit qu'au désir de faire complète sa description du 3e degré et qu'elle l'intéresse plus au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique et thérapeutique.

Il convenait d'entrer dans cette analyse plus pénétrante dont je parlais plus haut, d'isoler complètement de la pulpite aiguë cette gangrène que, dans la pratique et, il faut bien le dire, dans l'enseignement clinique, on a encore trop de tendance à négliger ; de rappeler d'une façon formelle que gangrène n'est pas synonyme de décomposition ; que si celle-ci est le propre du 4e degré, celle-là appartient au 3e ; qu'elles peuvent s'accompagner l'une et l'autre de périodontite ; et que c'est une généralisation illégitime et parfois dangereuse de faire de cette périodontite l'apanage exclusif

---

1. Il est superflu de faire remarquer que cette appellation n'est pas spéciale à cette période et qu'elle s'applique au contraire à toutes les phases de transition qui réunissent les divers degrés de la carie.

2. *Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste*, t. II, p. 101 et 102.

du 4e degré. C'est ce que M. Gross vient de faire de la façon la plus heureuse.

Son intéressante étude m'amène — et, je le confesse, plus tôt que je ne l'aurais sans doute fait sans cette circonstance — à aborder aussi la même période de la pathologie pulpaire et à essayer de décrire un stade qui, je crois, ne l'a pas encore été, stade qui est le proche voisin de celui que vient de signaler M. Gross et qui par l'aspect clinique présente avec lui plus d'une analogie.

Cette similitude de symptomatologie ne saurait surprendre beaucoup entre deux affections évoluant dans un espace aussi restreint que la limite incertaine du 3e au 4e degré (peut-être même sera-t-il possible d'isoler encore, dans la même période, et sans sortir du domaine de la réalité, d'autres espèces pathologiques définies). Mais, puisqu'il est entendu qu'il s'agit ici d'observation poussée jusqu'à l'analyse méticuleuse, je crois trouver assez de dissemblances (cliniques, anatomo-pathologiques, thérapeutiques), entre la gangrène pulpaire et la lésion que je vais décrire pour oser réclamer en faveur de cette dernière le droit d'occuper dans le cadre nosologique une place particulière et déterminée.

Il serait classique, sans doute, de commencer par définir nettement la variété de pulpite que j'ai en vue. Je ne le ferai pas cependant. Comme nous sommes ici, je le répète, en présence de nuances, je crois les mettre mieux en lumière en procédant point par point, comme nous ferions au fauteuil en présence d'un cas à reconnaître, et j'espère que de cette discussion fractionnée le contraste se dégagera plus clair et plus vrai que d'une définition préalable plus nette peut-être, mais peut-être aussi plus artificielle.

Description clinique et diagnostic différentiel. — Voici donc comment se présente ordinairement cette affection que, pour éviter les périphrases, je désignerai immédiatement du nom de *radiculite infectieuse*, laissant aux lignes qui vont suivre le soin de démontrer la légitimité du mot :

Le patient déclare qu'il *souffre violemment*, le plus

souvent depuis longtemps : un, deux, trois, parfois six ou sept septennaires, plus rarement depuis quelques jours seulement [1]. Cette douleur s'exagère le soir, à tel point qu'il vient de passer une ou plusieurs nuits sans sommeil. Les *variations thermiques* sont *perçues*, tantôt comme phénomènes d'*excitation,* tantôt comme phénomènes de *sédation.* La gencive est sensible, souvent congestionnée et œdématiée. La dent qui est la cause de tous ces troubles est sensible à la pression [2]. Mais, en général, tous ces signes ne sont pas accusés spontanément par le patient : il faut l'interroger pour les lui faire déclarer ; il importe cependant de ne pas négliger de le faire, car ils sont importants pour le diagnostic. Le plus souvent le seul signe que le malade déclare immédiatement, ce sont ces *irradiations névralgiques* intenses sur lesquelles M. Gross a insisté avec tant de raison, quoiqu'il leur accorde, à mon avis, une signification un peu trop absolue. Enfin, fait à noter, l'interrogatoire révèle toujours dans les antécédents de la dent malade une ou plusieurs crises douloureuses remontant le plus souvent à quelques mois, mais parfois à quelques années et dont les commémoratifs sont ceux d'une pulpite aiguë.

On le voit, ces symptômes sont, à peu de chose près, ceux de la gangrène pulpaire décrite par M. Gross, et j'ajoute immédiatement que ce sont aussi, à peu de chose près, ceux d'une autre affection qui présente d'ailleurs avec la radiculite infectieuse les relations les plus étroites : l'éburnification pulpaire.

---

1. Parmi les causes *provocatrices* des accès aigus de radiculite infectieuse, je signalerai l'état génital chez la femme, soit menstruel, soit puerpéral. C'est dans cette période que j'en ai rencontré le plus grand nombre de cas.

2. Cette périodontite, quoique souvent très douloureuse, est rarement *intense.* Dans quelques cas elle peut même manquer totalement ; — si j'osais pousser à ce point la distinction, je dirais que ce qui fait défaut alors, c'est la *périodontalgie.* — Ces faits sont trop exceptionnels pour être mentionnés dans une description forcément générale ; mais cette absence de la périodontite, quand on la constate, peut servir à elle seule à distinguer la radiculite infectieuse de la gangrène pulpaire, dont la périodontite secondaire (dirai-je que la périodontite me semble toujours secondaire ?) est, ainsi que M. Gross l'a si exactement fait remarquer, le symptôme constant et en quelque sorte dominant.

Comment trancher le diagnostic entre ces affections voisines ?

Uniquement, je le crois, par l'examen direct. — D'une façon générale, je me méfie de ces diagnostics faits la bouche fermée : parfois exacts, c'est vrai, ils sont parfois aussi faux de tous points.

Mais avant d'aborder ce diagnostic affiné, il n'est pas inutile de revoir les signes qui nous y amèneront après avoir écarté les 3ᵉ et 4ᵉ degrés classiques. La façon dont M. Gross a déjà traité ce sujet pour la gangrène pulpaire me permettra de ne m'arrêter que sur quelques points.

Remarquons tout de suite que le diagnostic de « stade amphibole » est autant à faire du 3ᵉ que du 4ᵉ degré. Cela dépend de la façon dont on conduit l'examen.

Il est évident qu'en se bornant aux procédés jadis en honneur et qui consistent à faire ouvrir d'abord la bouche en posant cette unique question : « Laquelle? », il est impossible de ne pas être frappé des symptômes de périodontite que présente la dent désignée par le patient. Et dès lors, l'esprit, suggestionné par cette constatation, s'engage sur une fausse piste et aboutit à une erreur de diagnostic. — Si je pense que l'examen direct est *indispensable* pour le diagnostic, je pense aussi qu'il doit, en pathologie dentaire comme en pathologie médicale ou chirurgicale, ne venir qu'en son temps, c'est-à-dire après qu'un interrogatoire suffisant a éclairé la route et indiqué comment et dans quel sens cet examen doit être conduit.

Or, si l'on demande d'abord au malade : « Où, dans quelles conditions, comment, depuis combien de temps souffrez-vous? » on recueille ces indications déjà énoncées :

Dent ayant *antérieurement* déjà donné de *vives douleurs* et qui à l'heure actuelle occasionne une *violente névralgie* hémi-faciale (seul symptôme accusé spontanément), sur laquelle la *mastication* est *impossible*, et dont les douleurs sont légèrement *exagérées* ou *calmées* par les *variations thermiques*.

Et en présence de ces renseignements, je dis que je

songe plutôt au 3e qu'au 4e degré. Car, si cet ensemble symptomatologique ne peut s'appliquer en effet à la périodontite franche, on peut fort bien le rencontrer (à des nuances de degré près) dans la pulpite *cliniquement* franche.

Ouvrons maintenant la bouche : nous trouvons une périodontite évidente. — Et de cette contradiction même entre les données de l'interrogatoire et les données de l'examen, jaillit sans difficulté le premier diagnostic : *stade amphibole*, lésion intermédiaire au 3e et au 4e degré.

Un signe auquel j'attache beaucoup d'importance pour ce premier diagnostic, et on le comprendra facilement, c'est la conservation de la sensibilité thermique [1], et particulièrement de la sensibilité au froid, qui n'est pas très rare et qui est absolument caractéristique. — Je rappelle qu'il s'agit là de sensations atténuées, qui sont loin de posséder l'intensité des sensations homologues de la pulpite aiguë et que, si l'on veut les trouver, il faut les chercher, car rarement le malade les accusera spontanément.

Quant à la *névralgie*, déjà signalée par Paolo Carreras et à laquelle M. Gross attache une si grande et si juste importance, il est réel en effet qu'au milieu de ces symptômes, elle prend une signification toute particulière. Mais M. Gross lui accorde peut-être un peu facilement le qualificatif de *pathognomonique*.

Un signe pathognomonique, c'est un signe qui appartient en propre à une affection déterminée, d'une manière si absolue que sa seule présence permet d'affirmer la lésion : c'est en quelque sorte une signature qu'on ne saurait imiter. Tels les taches rosées lenticulaires dans la dothiénentérie,

---

1. Cette conservation de la thermoesthésie est telle que dans certains cas de canaux difficiles à sonder, pour une raison quelconque, elle peut suffire à reconnaître la présence d'une radicule réduite à un fragment très petit et déjà très avancé en désorganisation. On aura pour cela recours à des insufflations d'air chaud — avec la pointe de Paulme et non avec la poire ordinaire, qui est complètement insuffisante — qui provoquent une douleur, très fugitive du reste, caractérisée par son acuité et la brusquerie de son apparition. — C'est là en particulier un procédé infaillible pour déceler les fragments de radicule vivante non extirpés dans le traitement du 3e degré.

la roséole dans la syphilis, le tremblement intentionnel dans la sclérose en plaques, etc. Les signes pathognomoniques d'ordre clinique sont rares, et ils tendraient plutôt à diminuer qu'à augmenter.

Les irradiations névralgiques du trijumeau ont-elles la valeur de signes pathognomoniques des stades amphiboles de la désorganisation pulpaire ?

Evidemment non, puisque, et M. Gross le dit lui-même, elles existent dans la pulpite franche (où elles sont presque constantes à partir du 4e ou 5e jour), avec laquelle le diagnostic est précisément à faire.

Elles existent aussi en dehors des douleurs de pulpite, par exemple pendant la période de collection des abcès alvéolaires les plus francs ; dans les phénomènes douloureux qui accompagnent parfois l'éruption des dents de sagesse.

Elles peuvent exister même en dehors de toute affection dentaire : certaines formes d'otite moyenne, pour ne citer que cet exemple, peuvent les provoquer à tel point qu'on se méprend d'abord sur leur véritable origine[1]. Par conséquent affirmer d'après elles seules et « avant que le malade ouvre la bouche » l'existence d'un stade amphibole me semble exagéré.

Mais je reconnais pleinement leur haute valeur dans l'*ensemble* symptomatologique que nous considérons, et leur *coexistence* avec la périodontite me semble en effet caractéristique[2].

L'interrogatoire du malade nous permet donc d'éliminer les 3e et 4e degrés francs. Peut-il nous conduire plus loin ? Peut-être, mais je n'oserais pas l'affirmer, car alors les

1. Voy. aussi à ce propos le récent article de M. Sulzer où ces douleurs sont signalées dans l'astigmatisme. *L'Odont.*, 1898, II, p. 400.

2. On peut d'ailleurs jusqu'à un certain point reconnaître par l'interrogatoire si elles accompagnent une pulpite franche ou un stade amphibole :

Dans le premier cas elles aggravent seulement la douleur dentaire primitive ;

Dans le second, elles la dépassent de beaucoup, la masquent en quelque sorte et dominent le tableau clinique.

nuances deviennent si délicates qu'il n'est pas toujours possible de les saisir et de les apprécier.

Les antécédents cependant diffèrent parfois d'une manière assez sensible, selon qu'il s'agit de gangrène pulpaire ou de radiculite infectieuse.

Dans la gangrène on ne trouve presque jamais, ou du moins très rarement, une pulpite aiguë franche antérieure. A peine, comme le dit M. Gross, quelques douleurs vagues, courtes et faibles, une intolérance un peu marquée à l'excès de chaleur, déjà un peu de périodontite, signes remontant rarement à plus de 2 ou 3 mois, et c'est à peu près tout.

Dans la radiculite, au contraire, et nous allons voir tout à l'heure que l'anatomie pathologique explique cette différence, la pulpite aiguë antérieure me semble la règle à peu près absolue. Et cette inflammation remonte presque toujours assez loin : j'ai vu un cas où la pulpite s'était manifestée quatre ans auparavant.

Enfin, comme je l'ai déjà dit, la sensibilité thermique, la *thermoesthésie*, me paraît beaucoup plus constante, plus nette et plus accentuée dans la radiculite infectieuse que dans la gangrène pulpaire.

Mais ces deux signes : antécédents, thermoesthésie, ont une valeur assez faible, parce qu'ils sont difficiles à constater : je n'insiste pas sur eux et je passe maintenant à l'examen direct qui, lui, va trancher le diagnostic.

Examen direct. — M. Gross nous le dit encore : la gangrène pulpaire « paraît affectionner les dents non ouvertes ». Par conséquent, lorsque les symptômes que nous venons d'étudier s'appliqueront soit à une dent antérieurement obturée pour un 2e degré, soit à une dent dont la carie petite présente l'aspect d'un 2e degré arrêté dans son évolution et « guéri » par formation de dentine secondaire, nous devons penser plutôt à la gangrène qu'à la radiculite.

Si au contraire nous avons affaire à une dent très délabrée par la carie, réduite même à l'état de racine, dans laquelle la cavité pulpaire semble communiquer librement avec l'extérieur, nous penserons plutôt à la radiculite.

Je dis que la cavité pulpaire *semble* largement ouverte: en effet, un examen plus attentif nous fera reconnaître que cette large communication entre l'extérieur et la partie radiculaire de la chambre est plus apparente que réelle. Le plus souvent on se trouve en présence d'une chambre dont les parois sont formées de dentine surcalcifiée dure et hyperplasiée. La capacité de cette chambre est diminuée, parfois même presque complètement comblée par la néoformation dentinaire, et au lieu du facile accès qu'on croyait trouver au canal, on reconnaît difficilement un tout petit pertuis, qu'une sonde à canaux seule peut quelquefois déceler. Par conséquent, si ici la cavité pulpaire est ouverte, cependant ici aussi la partie de la pulpe encore vivante n'est pas en communication complète avec l'extérieur. C'est une disposition qu'il ne faut pas méconnaître, car en somme c'est surtout à elle que ces formes amphiboles doivent d'évoluer différemment de la pulpite franche, qui, sans se dérouler à proprement parler à ciel ouvert, affecte cependant avec le milieu buccal des rapports plus immédiats.

Supposons maintenant qu'au lieu de procéder à ces constatations minutieuses, nous nous soyons laissé dominer par les apparences du 4ᵉ degré et que nous trépanions la dent. Que va-t-il se passer?

Si nous avons affaire à une gangrène pulpaire, « le malade pousse un cri de douleur, et l'on retire le trépan rouge de sang ».

Si nous avons affaire à une radiculite, à moins de pousser le foret fort avant dans le canal (ce qui est une faute), rien de semblable ne se produit: pas de douleur, pas de sang. Et si nous bornons, le premier jour, notre intervention à ce « débridement » avec irrigations abondantes et révulsion sur la gencive, nous renvoyons notre malade sans même soupçonner la véritable nature de sa douleur — et nous le soulageons souvent.

Cependant notre ignorance sera de courte durée. Notre trépanation a soulagé le patient, mais elle ne lui a cependant pas procuré cette sédation parfois si complète et si remar-

quable que la même manœuvre apporte aux douleurs du 4e degré franc. Nous le voyons le lendemain : la périodontite a à peu près disparu, c'est vrai ; la névralgie a diminué d'une façon notable, mais elle n'a pas cédé tout à fait ; la thermoesthésie subsiste presque intégralement. Nous sondons avec précaution le canal ou les canaux et seulement alors nous rencontrons à un certain endroit, soit à l'orifice même du canal, soit dans sa partie moyenne, soit même dans sa portion apicale, une sensibilité exquise, extrême, une réaction aussi accentuée, je dirais même volontiers plus accentuée, que dans la pulpite franche; nous provoquons une douleur intense, souvent hors de toute proportion avec la cause vulnérante et qui, signe caractéristique, s'irradie immédiatement dans toute la zone névralgiée. Si, ignorant cette disposition, nous procédons sans précautions, brutalement, à ce sondage, nous pourrons parfois provoquer chez les gens prédisposés de véritables états subsyncopaux.

Sachant maintenant d'une façon complète à quel degré de la carie en est la dent que nous soignons, nous songeons au traitement et, puisqu'il s'agit en somme d'une variété de troisième degré, nous appliquons un pansement arsenical.

Et c'est alors que je trouve entre ces deux affections voisines, gangrène et radiculite, une différence des plus tranchées et qui, à elle seule, légitime la ligne de démarcation que je crois avoir plusieurs raisons de tracer entre elles.

On applique l'arsenic sur une gangrène vraie et, « à la séance suivante, on retire un nerf parfois très congestionné, le plus souvent blanc grisâtre ».

On applique l'arsenic sur une radiculite vraie et l'on provoque immédiatement une recrudescence extrême des phénomènes douloureux qu'on avait momentanément calmés. On dit au patient que cela doit se passer ainsi, qu'il doit avoir quelques instants de patience et on le congédie en lui assurant que tout ira bien. Alors de deux choses l'une : ou il vous reviendra deux heures plus tard souffrant plus qu'auparavant et vous demandant de lui arracher cette

dent malencontreuse — et vous le rassurez : c'est un pansement mal placé, vous allez le calmer en un instant. Vous enlevez le pansement... et vous provoquez par ce seul fait une exacerbation suraiguë de la douleur. Vous appliquez phénol, morphine, cocaïne, voire orthoforme ; rien n'y fait, et de guerre lasse vous renvoyez le patient un peu calmé par des pulvérisations prolongées de chlorure d'éthyle sur les parties latérales de la face, mais souffrant toujours, avec un coton peu serré dans sa carie et le conseil de prendre par voie stomacale un stupéfiant quelconque du système nerveux.

Ou au bout de quelques heures, le patient résistant, la douleur a fini par se calmer. Vous croyez et vous déclarez que le pansement a produit son effet normal : comme démonstration vous enfoncez une sonde dans le canal... et tout recommence, car *l'arsenic n'a pas agi*.

Vous croyez à une application défectueuse, et vous la renouvelez avec soin, une deuxième, une troisième fois ; et vous n'y comprenez plus rien, car cette préparation arsenicale, qui dans le même moment dévitalise parfaitement toutes les pulpes sur lesquelles vous l'appliquez, semble ici inactive et douloureuse.

Je ne dis pas que d'une façon absolue *toutes* les radiculites soient aussi difficiles à réduire par l'arsenic ; mais pour moi, je ne tente plus cette escharification, car j'en ai rencontré un certain nombre pour lesquelles la description précédente n'a rien d'exagéré.

J'ajoute qu'à ce moment, et par suite sans doute des manœuvres opératoires, se développent ou s'aggravent les phénomènes infectieux de voisinage : œdème, fluxion, fistule, qui, ne l'oublions pas, peuvent coexister dans la radiculite, comme dans la gangrène, avec les phénomènes inflammatoires.

C'est à dessein que je me suis longuement arrêté sur cette description minutieuse, sur ces signes légers, ces nuances subtiles, qui sembleront à beaucoup exagérés ou même artificiels. C'est qu'il ne s'agit pas là de phénomènes

évidents, faciles à reconnaître — et que dans ce cas nos devanciers ne nous auraient pas laissé le soin de démêler. Je crois n'avoir pas outrepassé les indications du sujet et j'espère n'avoir paru ni trop prolixe ni trop confus à ceux qui, comme moi, estiment qu'il est possible, utile, et même intéressant, de chercher à pénétrer dans chacune de ses phases, comme dans son ensemble, cette lésion de la carie dentaire qui constitue, pour ainsi dire à elle seule, le substratum de notre profession.

Avant d'abandonner la description clinique pour aborder des considérations d'un autre ordre, j'estime bon de condenser brièvement, dans un but de précision, les notions que je crois déjà acquises sur ce sujet.

*
* *

J'appelle *radiculite* l'inflammation isolée de la *radicule* [1], *après disparition* — par un mécanisme quelconque — de la *pulpe coronaire*.

---

1. Nous avons généralement le tort de nous servir couramment de termes anciens qui donneraient à croire que nous n'avons pas une idée exacte des organes que nous soignons. C'est là un « reste ancestral » qui n'est aucunement défendable et que nous pouvons chercher à perdre, car il n'existe aucune raison de ne pas employer des termes convenables pour exprimer des idées justes.

Au point de vue *de l'expression*, nous divisons toujours l'organe qui représente dans la dent adulte la papille centrale, en deux parties : la *pulpe* et le ou les *nerfs*. Or, dans notre idée il n'y a qu'un seul et même organe remplissant la cavité de l'ivoire et entre les parties duquel on ne saurait fixer aucune ligne précise de démarcation. Cependant dans le langage pratique il convient de différencier d'un mot la partie de cet organe qui est contenue dans la couronne, de celle qui répond à la racine. Pour la première on peut conserver certainement le mot de *pulpe coronaire*, ou par abréviation de *pulpe*. Mais pour la seconde, le terme *nerfs*, que les auteurs classiques emploient encore, est absolument mauvais : mauvais anatomiquement puisqu'il suppose une dualité réelle entre les deux parties théoriques de la pulpe, et mauvais histologiquement puisqu'il ne répond en aucune façon à la constitution de cet organe. *Prolongement* n'est pas meilleur, car ce mot, en supposant la partie radiculaire périphérique par rapport à la partie coronaire, crée une véritable transposition dans les rapports respectifs de ces parties. Je propose donc de rejeter définitivement ces termes et de leur substituer celui de *pulpe radiculaire*, ou par abréviation *radicule*, qui n'est ni plus long, ni moins euphonique, et que je ne crois susceptible d'aucun reproche.

Je considère plus particulièrement la variété qui évolue spontanément (c'est-à-dire en dehors des interventions opératoires) et je lui donne le nom de *radiculite infectieuse*, parce que par sa place dans la pathologie pulpaire, par ses causes probables, par ses symptômes, elle participe à la fois de la nature inflammatoire du 3e et de la nature infectieuse du 4e degré.

C'est une lésion très voisine de la gangrène pulpaire, avec laquelle on pourrait la confondre.

Les principaux éléments de diagnostic sont les suivants :

GANGRÈNE	RADICULITE
Symptômes.	
Névralgie.	Névralgie.
Périodontite.	Périodontite (peut manquer).
Thermoesthésie très atténuée.	Thermoesthésie beaucoup plus nette.
Antécédents.	
Très discrets : ceux d'un 2e avancé.	Très tapageurs : ceux d'un 3e aigu.
Lésions.	
Revêtement plus ou moins épais de dentine en apparence normale, sans perforation, mais *toujours insensible*.	Dentine plus ou moins altérée, mais *toujours* perforée en un point quelconque de sa surface.
Pulpe intégrale dans sa continuité et uniformément altérée.	Pulpe réduite à la radicule. La partie coronaire a disparu : par nécrose, par éburnification, par escharification.
Réactions thérapeutiques.	
La trépanation exaspère la douleur.	La trépanation atténue la douleur.
L'arsenic agit bien et calme la douleur.	L'arsenic agit mal ou pas du tout et exaspère la douleur.

(A suivre.)



4me CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE LYON

12, 13, 14 août 1898.

DE L'INTERVENTION DANS LES CAS D'ABCÈS ET DE FLUXION

Rapport présenté par le Dr E. Sauvez,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux.

CHAPITRE Ier

EXPOSÉ DE LA QUESTION

Une jeune fille de 18 ans se présente à notre consultation ; elle a reçu, étant enfant, un choc sur une incisive centrale supérieure gauche. Cette dent n'est ni fracturée ni cariée ; sa couleur est à peine plus foncée que celle de la dent symétrique et voisine.

La lèvre supérieure est courte et le bord alvéolaire supérieur est très visible ; il est impossible à la malade de rire ou de parler sans qu'on voie en totalité la couronne de cette incisive.

Cette dent a déterminé une fluxion qui a duré trois ou quatre jours, et la malade a attendu, comme beaucoup d'autres, que sa fluxion ait disparu ou tout au moins fortement diminué, pour vênir nous demander notre avis.

En l'examinant, nous trouvons daus le vestibule de la bouche, dans le cul-de-sac gingivo-labial, une tuméfaction qui ne nous laisse aucun doute. Il s'agit d'un abcès, et nous voyons même en un point la coloration blanc verdâtre du pus à travers la muqueuse amincie. Nous n'hésitons pas un instant : nous ouvrons le dit abcès, nous faisons quelques injections phéniquées dans la poche et nous prenons rendez-vous avec la malade pour soigner cette dent.

Le malade qui vient ensuite est un garçon du même âge, qui a un gonflement assez notable de l'os maxillaire inférieur du côté droit ; ses ganglions sous-maxillaires sont enflammés ; il souffre beaucoup et n'a pas dormi depuis deux nuits. A l'examen, nous trouvons les racines d'une 1re grosse molaire inférieure dont la couronne a disparu. Ces racines sont mobiles et sont nettement la cause de tout le mal. La couronne de la 2e grosse molaire, sous l'influence de l'évo-

lution de la dent de sagesse, s'est déjà rapprochée de la 2e prémolaire, à cause de l'absence de la couronne de la 1re grosse molaire. Nous n'hésitons pas plus que dans le cas précédent et nous pratiquons l'extraction de ces racines.

Dans ces deux cas la solution était tout indiquée, il ne pouvait y avoir de discussion ; mais entre ces deux types extrêmes que nous avons pris volontairement pour notre description, il s'en place une foule d'intermédiaires, en face desquels le praticien se demande : Que dois-je faire ? Dois-je enlever la dent ou essayer de la conserver ? Dois-je chercher à guider dans un sens favorable l'évolution de l'abcès qui se prépare ? Dois-je ouvrir l'abcès ? C'est à ces diverses questions que nous allons nous efforcer de répondre dans ce rapport.

Nous allons trouver plusieurs considérations qui nous influenceront dans la décision logique, raisonnée, que nous devons prendre, et nous sentons la nécessité de les classer tout d'abord.

Nous commencerons par examiner les diverses solutions qui peuvent se présenter, suivant que le malade viendra nous trouver au début, au milieu ou à la fin de l'évolution de la phlegmasie ; en un mot nous nous occuperons de l'intervention suivant l'époque de la maladie.

Nous examinerons ensuite les états pathologiques généraux divers, qui donnent une indication nette, une contre-indication ou une indication variable pour l'intervention ; puis nous verrons les états physiologiques généraux qui peuvent également amener une hésitation sur notre conduite.

Après cette étude nous examinerons s'il n'y a pas à tirer profit des considérations locales.

Nous aurons vu alors quelle intervention est indiquée pour les cas divers et nous pourrons examiner à quel moment doit se faire cette intervention et comment elle doit se faire.

Enfin, nous examinerons à part les abcès et fluxions qui reconnaissent d'autres causes que les dents.

CHAPITRE II

DU CHOIX DE L'INTERVENTION SUIVANT LE DEGRÉ DE LA PHLEGMASIE

Avant tout et en dehors de toute autre considération, l'intervention que nous pourrons pratiquer dépend de l'époque à laquelle le malade vient nous trouver.

Le mot fluxion est très vague, signifie uniquement, comme le dit Frey, « inflammation des parties molles à des degrés différents, depuis le simple œdème jusqu'au phlegmon circonscrit ou diffus ».

Nous allons donc diviser la fluxion en deux degrés, division artifi-

cielle, mais nécessaire : la fluxion œdémateuse et la fluxion phlegmoneuse.

Entre ces deux cas extrêmes trouveront place toutes les variétés.

La description de ces deux types est nécessaire pour la suite, pour que le lecteur puisse comprendre ce que nous dirons plus tard.

1re *phase : Fluxion œdémateuse.*

La joue est peu gonflée si la fluxion est causée par une molaire supérieure ou inférieure ; si c'est une dent antérieure qui en est la cause, la lèvre est distendue, assez volumineuse.

La dent à incriminer est douloureuse, il existe sur la gencive un gonflement très net à son niveau, et une teinte rouge bien visible. La palpation de l'extrémité radiculaire au travers du bord alvéolaire externe est douloureuse, ainsi que la percussion de la dent.

Les différents procédés d'exploration nous montrent qu'il s'agit d'une dent dont la pulpe est détruite, soit par carie, soit par toute autre cause de mortification.

A quelles lésions anatomo-pathologiques correspond ce premier degré de la fluxion ? La pulpe a été infectée, soit directement si la carie est perforante, soit indirectement par les canalicules de la dentine, sans qu'il y ait communication directe avec l'extérieur, comme dans le cas que nous avons décrit au début de ce rapport.

L'inflammation s'est propagée au maxillaire, dans le voisinage de l'extrémité radiculaire, très facilement si le canal de cette racine est encore largement ouvert à l'apex et s'il s'agit d'une dent inférieure.

De la portion du maxillaire qui est au fond de l'alvéole enveloppant la dent malade, l'infection a passé au travers du tissu osseux, s'est diffusée dans les tissus mous voisins. Ces tissus se sont infiltrés d'une sérosité albumineuse qui est d'autant plus abondante qu'ils sont composés de tissu cellulaire plus lâche ; c'est ce qui explique pourquoi l'œdème sera surtout marqué au niveau des lèvres et des paupières, absolument comme nous voyons des gonflements considérables survenir dans d'autres régions de l'économie où il y a du tissu conjonctif lâche, comme le prépuce, par exemple, sous l'influence de causes insignifiantes.

Dans ce premier cas, fluxion œdémateuse avec périostite concomitante le plus souvent, quelles sont les interventions qui peuvent se présenter à l'esprit du praticien ? S'il n'intervient pas, que va-t-il se passer ? Ou bien la fluxion, jusqu'ici encore légère, va se terminer par résolution, ou bien la phlegmasie va s'accentuer et passer à la fluxion phlegmoneuse que nous verrons tout à l'heure.

A ce degré l'extraction ne devra être pratiquée que si la dent est irrémédiablement condamnée, pour quelque cause que ce soit, générale ou locale, et que si l'on préfère intervenir tout de suite radi-

calement, plutôt que de courir le risque de la temporisation ; mais *l'extraction n'est pas indiquée* par l'intensité des phénomènes généraux ou locaux.

Dans l'immense majorité des cas la conservation de l'organe devra être tentée.

Nous verrons, dans un chapitre suivant, l'intervention proprement dite, que nous ferons, dans ce cas, pour tâcher de faire rétrograder la fluxion, d'amener sa *résolution.*

2e phase : Fluxion phlegmoneuse.

Le malade est méconnaissable. Le gonflement est considérable ; s'il s'agit d'une dent molaire supérieure, la joue est distendue, gonflée, l'œil est parfois tout à fait fermé.

S'il s'agit d'une des dents antéro-supérieures, la lèvre supérieure est énorme, atteint 4 à 5 fois son volume normal, le pli naso-génien est effacé, la paupière inférieure distendue, bleutée ; s'il s'agit d'une des dents molaires inférieures, la partie inférieure de la face est extrêmement distendue.

Le rebord saillant du maxillaire inférieur a disparu ; il n'y a plus qu'une grosse tuméfaction dans cette région qui s'étend même parfois jusque dans la région sus-claviculaire. Le malade incline la tête du côté atteint, pour éviter toute tension.

Si c'est une incisive ou une canine inférieure, la lèvre inférieure est très distendue, le menton énorme, proéminent.

Le malade n'a pas dormi depuis 2 ou 3 nuits. Il a de la fièvre, est fatigué, souffre beaucoup, avec des irradiations douloureuses très pénibles du côté de la tempe ou de l'oreille, suivant qu'il s'agit d'une dent supérieure ou inférieure. Il accuse une tension intense de la peau, une sensation de battements. La mastication étant impossible, il n'a pris que des aliments liquides et en quantité minime depuis 2 ou 3 jours et est très affaibli. Le dos de la main placé contre la région enflammée constate la chaleur. La palpation ne localise plus rien de net ; la douleur empêche d'appuyer assez fort pour différencier les os, les ganglions, du paquet œdématié qui les environne.

La peau est tantôt encore à peu près normale, tantôt rougie nettement en un endroit.

On examine alors le malade et l'on constate combien l'ouverture de la bouche est difficile, même lorsqu'il n'y a pas de trismus en même temps, ce qui est une complication fréquente dans les accidents causés par les molaires inférieures, surtout par la 3e grosse molaire.

La langue est saburrale, les gencives sont œdématiées et recouvertes d'un enduit blanchâtre, peu épais, qui se détache d'ailleurs facilement ; cet enduit est formé par des cellules épithéliales qui n'ont pas

mué comme d'habitude, par suite de l'interruption des fonctions physiologiques normales de la bouche.

La percussion de la dent ou de la racine causale n'est souvent pas très douloureuse ; parfois elle l'est moins que dans la phase précédente. Souvent les dents voisines sont plus sensibles que celle qui cause la phlegmasie. Le plus fréquemment la dent causale est nettement mobile. Dans les cas où il existe deux dents voisines pouvant être incriminées, la palpation, au travers du bord alvéolaire externe, des pointes des racines des dents douteuses, fixe souvent le diagnostic.

La gencive est gonflée, d'un rouge plus ou moins intense, et sa palpation n'est pas supportable. La petite lampe électrique placée dans la bouche montre une opacité très nette de la dent, de son extrémité apicale, et une infection très marquée de la région.

Voyons rapidement à quelles lésions anatomo-pathologiques correspond cette seconde phase, la fluxion phlegmoneuse. L'affection a toujours son point de départ, son *centre d'infection*, au niveau de l'extrémité radiculaire. Un abcès s'est formé à cet endroit, en distendant les tissus voisins ; il a une enveloppe composée de tissu conjonctif pur de néo-formation.

Les éléments qui forment le fond de l'alvéole infecté sont refoulés progressivement et se trouvent peu à peu dans un état de dépression physiologique marquée. Ils n'offrent plus la résistance qu'ils offrent à l'état normal. Ils se laissent envahir, pénétrer, nécroser par le pus ; celui-ci gagne peu à peu les lymphatiques et occasionne des adénites concomitantes. *L'abcès qui se forme et grossit cherche sa voie.*

Tandis que, dans la phase précédente, l'infection qui s'était diffusée dans les tissus mous n'avait amené qu'une infiltration de sérosité albumineuse, nous trouvons maintenant une masse tremblotante, gélatiniforme ; le pus vient à pénétrer dans les mailles du tissu conjonctif, non plus sans altérer les éléments cellulaires, mais au contraire en les détruisant et en détruisant également le cément qui les unit. Les réseaux lymphatiques voisins s'engorgent en produisant des indurations qui peuvent persister assez longtemps après que le gonflement général a disparu.

Les microbes que l'on rencontre à ce moment sont variables. Le plus souvent ce sont des micro-organismes pyogènes typiques, caractérisés par les différentes sortes de staphylocoques (aureus, albus, citreus). Dans d'autres on trouvera du tétragène. (D'après certains auteurs on trouve toujours ce microbe dans le pus des abcès dentaires).

D'autres fois encore, on trouvera des streptocoques plus ou moins virulents, puis encore du pneumocoque, vrai ou non, et du leptothrix. Schencke a même trouvé du bacille de Koch pur dans des

abcès dentaires localisés chez des tuberculeux. Miller, de son côté, a isolé de semblables abcès un microbe qu'il a dénommé *Bacillus pulpæ pyogenes*, dont il a donné une bonne définition et les caractères de culture.

Ces différents microbes peuvent être rencontrés seuls ou, au contraire, associés ; mais, dans la majorité des cas, lorsqu'il y a association microbienne, les phénomènes inflammatoires sont beaucoup plus graves.

A la simple formation de pus, il peut se joindre, et c'est fréquent, la formation de toxines sécrétées par certains microbes, toxines qui se répandent dans le sang et amènent des phénomènes d'empoisonnement général pouvant même aboutir à une terminaison fatale.

Ces considérations bactériologiques sont bien rarement utilisées pour décider de l'intervention à pratiquer ; le plus souvent on se base uniquement sur les symptômes cliniques ; mais on peut concevoir qu'il y aurait et surtout qu'il y aura plus tard intérêt à demander à cette science des données qui seraient parfois précieuses ; il est à prévoir que, dans un avenir peu éloigné, les microbes qui engendrent des phlegmasies bénignes ou malignes seront suffisamment classés et facilement reconnaissables pour fournir au praticien des indications utiles.

Quoi qu'il en soit, nous avons vu tout à l'heure le tableau clinique qui correspond à la fluxion phlegmoneuse. — C'est surtout dans ce cas que le praticien sera souvent hésitant sur la conduite à tenir. Comme nous l'avons fait à la fin de la première phase, demandons-nous ce qui va se passer si nous n'intervenons pas.

La résolution simple de la fluxion est une hypothèse à écarter.

Le pronostic nous paraît être limité à deux solutions, en cas de non-intervention qui ne peut d'ailleurs tarder longtemps dans l'état où nous avons représenté le malade.

1re *solution*. — L'abcès que nous avons vu tout à l'heure dans le maxillaire s'est frayé un chemin ; une collection purulente s'est formée en un endroit ; elle a grossi et est venue proéminer, soit dans la bouche, soit en dehors ; nous verrons bientôt les diverses variétés d'abcès. Disons tout de suite que dans l'immense majorité des cas l'abcès vient se former dans le vestibule de la bouche.

2e *solution*. — Les phénomènes aigus s'accentuent, l'état général se prend de plus en plus, la température monte et nous assistons à l'évolution d'un phlegmon diffus ; le mot fluxion ne s'applique plus à l'affection ; des complications sont à craindre : propagation aux sinus de la dure-mère, ostéite et nécrose des maxillaires, fusées purulentes dans diverses régions, parfois très éloignées, etc. Nous ne voulons pas développer cette question ; nous reparlerons d'ailleurs dans un instant des complications survenues à la suite de trop longues tem-

porisations ou d'extractions pratiquées trop tardivement et nous verrons qu'il y a de nombreux cas de terminaisons fatales.

Nous savons donc ce qui se passe et ce qui peut survenir. Qu'allons-nous faire ? Comment pouvons-nous intervenir ? De deux façons : ou bien nous pratiquerons l'extraction de la dent, ou bien nous surveillerons, nous guiderons l'évolution de l'abcès.

Il n'y a plus, à cette phase, à essayer de favoriser la résolution de la phlegmasie. Celle-ci n'est plus possible et la tenter serait faire une mauvaise thérapeutique. S'il n'y a pas de raisons sérieuses pour essayer de conserver la dent ou pour éviter l'opération, *nous sommes partisan décidé de l'extraction*, lorsque le malade se présente chez nous à cette phase, et d'autant plus partisan que les accidents locaux et généraux sont plus intenses.

Nous n'admettons pas qu'on puisse mettre en balance la perte d'une dent avec les accidents terribles pouvant résulter de tentatives de conservation intempestives et exagérées.

Certains auteurs ont tenté l'incision précoce, pour aider le pus dans sa marche. Nous n'en sommes pas partisan, comme nous le dirons plus loin.

Nous verrons, dans un chapitre suivant sur l'intervention en elle-même, les recommandations particulières sur l'extraction dans ce cas et la façon de conduire la marche de l'abcès.

3e *phase : Abcès.*

L'abcès a fini par apparaître à un endroit visible ; il vient proéminer en tel ou tel point. Nous avons déjà dit que l'endroit le plus fréquent était le cul-de-sac gingivo-labial ou gingivo-jugal, suivant qu'il s'agit d'une dent antérieure ou postérieure.

On dit qu'il s'agit dans ce cas d'un abcès vestibulaire. Si l'abcès vient se former et s'ouvrir du côté du palais, l'abcès est dit palatin ; s'il est près de la peau, il est dit cutané. Quelquefois l'ouverture est double et la même dent peut amener, par exemple, un abcès vestibulaire et un abcès palatin.

Quel que soit l'endroit où se forme l'abcès, on voit peu à peu la tuméfaction devenir plus nette ; la douleur diminue localement, la peau ou la muqueuse s'amincit et le pus est visible au travers de cette dernière enveloppe.

Le doigt explorateur perçoit nettement la fluctuation. Le malade n'accuse plus la sensation de battements que nous avons indiquée à la phase précédente.

La dent causale n'est le plus souvent plus douloureuse à la percussion.

Que s'est-il passé ? Nous avons vu tout à l'heure que dans la 2e phase (fluxion phlegmoneuse) l'abcès était formé à l'extrémité de

la racine; il était intra-maxillaire. Maintenant le même abcès a trouvé sa voie; il s'est creusé un passage au travers du maxillaire, il a pratiqué un pertuis, un isthme dans l'os et est venu émerger à l'endroit où nous l'avons vu apparaître dans le vestibule de la bouche, dans le palais ou à la peau, parfois très loin du point d'origine ; il est devenu extra-maxillaire.

La plupart des auteurs, Magitot, Frey, etc., croient qu'il est possible que l'infection se soit propagée *par continuité à des tissus au niveau du collet de la dent*, et que la gencive ait pu être injectée par ce chemin.

Magitot insiste longuement sur ce point (art. Dent, p. 244). Frey dit dans son Manuel que cette sorte d'abcès est très rare. Pour nous, nous n'en avons jamais rencontré. Nous ne croyons pas que le pus suive d'autre voie que celle que nous venons d'indiquer, pour venir aboutir à la gencive.

Nous ne pensons pas que le pus puisse détruire les adhérences normales extrêmement puissantes qui sont formées par le périoste alvéolo-dentaire, ce *ligament* présentant une résistance extrême. Il est bien entendu que nous parlons seulement des abcès qui reconnaissent pour cause une infection pulpaire, suite de carie perforante infectée ou de mortification de la pulpe par traumatisme ou pour quelque cause que ce soit.

Si l'infection s'était propagée par la voie indiquée par ces auteurs, pourquoi l'abcès aurait-il été se collecter si loin du collet de la dent, comme nous le voyons le plus souvent ? Pourquoi y aurait-il eu une bande de tissu qui serait restée indemne, entre le collet, c'est-à-dire le point par où s'est propagée l'infection, et l'endroit où s'est formé l'abcès ?

Magitot insiste sur cette pathogénie pour expliquer la bénignité, la guérison rapide de certains cas ; mais il nous semble que cette rapidité de la guérison dans certains cas peut plutôt s'expliquer par le fait que les débris septiques qui se trouvaient à l'extrémité radiculaire et qui avaient été la cause de l'affection ont trouvé leur issue lorsque l'abcès s'est ouvert. Suivant le vieil adage « *Sublata causa tollitur effectus* », la cause d'infection étant disparue, momentanément du moins, l'abcès se guérit rapidement.

Nous avons vu parfois des abcès gingivaux dans lesquels la muqueuse et le périoste du maxillaire étaient décollés jusqu'au niveau du collet de la dent. Dans ces cas qui pourraient faire croire à la pathogénie par continuité directe, nous avons le plus souvent, lorsque nous l'avons cherché, trouvé un isthme, un pertuis par où le pus avait passé, ce pertuis étant situé sur le bord alvéolaire extrême, dans le voisinage de l'extrémité radiculaire de la dent causale. Contrairement à ce que disent les auteurs dont nous parlions, nous avons tou-

jours trouvé dans ce cas de la dénudation du maxillaire, à l'examen au stylet.

En conséquence, nous nous refusons absolument à croire à l'existence des abcès de la gencive par continuité des tissus au niveau du collet de la dent, lorsqu'il s'agit d'abcès ayant eu leur point de départ, leur centre d'infection au niveau de l'extrémité radiculaire. Nous n'acceptons cette pathogénie que dans un cas : c'est lorsqu'il s'agit d'abcès gingivaux reconnaissant pour cause une arthrite avéolo-dentaire, une pyorrhée alvéolaire. Nous avons, en effet, vu souvent dans les cas de pyorrhée alvéolaire, *au maxillaire inférieur*, des abcès gingivaux qui s'étaient produits parce que le pus sécrété par l'alvéole et émergeant au niveau du collet de la dent avait, en descendant par son propre poids, décollé la muqueuse et amené ainsi un abcès qui venait s'ouvrir dans la bouche, de même qu'il aurait pu fuser beaucoup plus loin.

C'est dans ce cas seul que nous admettons la pathogénie par continuité directe des tissus. Le centre d'infection, dans ce cas, *est le collet de la dent, non son apex.*

Pour expliquer la marche du pus dans les abcès dentaires, nous ne pensons pas qu'il faille faire intervenir dans ce cas d'autres raisons que celles qui guident cette marche, cette migration dans les diverses régions de l'organisme.

Un des points qui sont extrêmement discutés au sujet de ces abcès est de savoir s'ils sont sus ou sous-périostiques.

Il est indiscutable que tous ces abcès sont sous-périostiques à un moment donné de leur évolution. Nous avons vu en effet que d'intra-maxillaires, ils deviennent extra-maxillaires. Par conséquent, au moment où ils ont traversé l'os maxillaire, ils rencontrent le périoste, le décollent et forment sous cette membrane une collection purulente sous-périostique.

Si le périoste et la muqueuse adhèrent intimement ensemble, le pus, en décollant l'un, décollera l'autre, et l'abcès sera à proprement parler sous-périostique. Il faudra inciser le périoste pour que cet abcès puisse s'ouvrir à l'extérieur.

Si, au contraire, le périoste est seul, séparé de la muqueuse, le pus commencera par le décoller, le distendre et formera une collection purulente sous-périostique, comme nous avons vu plus haut. Après avoir distendu ce périoste et formé l'abcès en bouton de chemise de Velpeau, son action nécrobiotique finira par percer la membrane périostée en un point, et le pus se fera jour au delà de cette membrane ; celle-ci se recollera sur l'os, sauf en un point par où s'établit la communication entre les abcès intra et extra-maxillaires, et le pus continuera sa marche jusqu'à ce qu'il trouve une ouverture à l'extérieur. Cette marche sera guidée par l'influence de la pesanteur, des

aponévroses, des plans musculaires et des os qu'il rencontrera sur sa route. Ainsi donc, l'abcès a passé dans ce cas par deux phases : une première pendant laquelle il était sous-périostique, une seconde pendant laquelle il est devenu sus-périostique.

Ces considérations étant posées, voyons quelles conditions anatomiques nous allons trouver suivant les régions, et par conséquent quelle sera la marche du pus. Cette question dépend uniquement de l'endroit où vient aboutir le canal formé par suite de la marche du pus au dehors du maxillaire.

Prenons la plupart des différents cas qui peuvent se présenter dans la région des maxillaires :

1° Il s'agit d'un abcès intra-maxillaire qui est venu s'ouvrir du côté de la voûte palatine. Que rencontre-t-il ? Une muqueuse palatine dense, serrée, intimement unie, inséparablement liée au périoste du maxillaire. Il s'ensuit que le pus va décoller peu à peu le périoste de la voûte palatine, en même temps que la muqueuse, et former une collection extra-maxillaire ayant comme parois, d'une part l'os dénudé présentant en un point un pertuis qui est l'ouverture du canal se rendant à l'abcès intra-maxillaire, d'autre part le périoste et la muqueuse accolés ensemble.

Dans ce cas l'abcès est sous-périostique et l'est toujours. Il ne peut franchir le périoste et s'installer entre la muqueuse et lui, à cause de l'intimité de l'adhérence de ces deux tissus. Ce qui tend à le prouver, c'est ce que nous trouvons dans les cas où il s'agit non plus d'un processus d'infection rapide, comme un abcès, mais d'un processus d'infection lent, chronique, comme un kyste de la mâchoire, qui est venu s'ouvrir au niveau de la voûte palatine. Dans ce cas, le plus souvent causé par une incisive latérale, le liquide, la sérosité kystique ont décollé le périoste également. Nous trouvons, en effet, lorsque la lésion remonte à une époque assez éloignée, que le périoste a continué à remplir son rôle physiologique, qui est de faire de l'os, et que la tumeur palatine est entourée de tous côtés par du tissu osseux. La cavité est tapissée par l'enveloppe kystique. Il s'est formé en quelque sorte un *sinus pathologique* qui persistera après l'extraction de la dent causale. Nous avons eu un malade ainsi atteint et qui lave son sinus pathologique, dans lequel nous avons mis un drain, absolument comme un individu atteint de sinusite chronique lave son sinus.

Ainsi donc, lorsque l'abcès intra-maxillaire se sera dirigé vers la voûte palatine, l'abcès extra-maxillaire qui en résulte sera sous-périostique.

Il découle de cette situation deux conclusions : l'une au sujet de l'époque de l'intervention : on attendra le moins possible, pour ne pas laisser le pus en contact avec l'os dénudé, surtout chez certains

sujets diathésiqnes ; l'autre, opératoire : on incisera avec énergie ces abcès dont la paroi est *très épaisse*, puisqu'elle est constituée par le périoste et la muqueuse. .

Il s'agit d'un abcès qui est venu du côté du bord alvéolaire externe. Dans ce cas deux solutions sont possibles.

La muqueuse gingivale et le périoste sont intimement unis dans la région qui correspond au vestibule de la bouche ; ils sont aussi adhérents qu'au niveau de la voûte palatine. Au niveau du cul-de-sac gingivo-labial ou gingivo-jugal, la situation change.

Le périoste maxillaire se sépare de la muqueuse ; il continue à tapisser l'os, tandis que la muqueuse se recourbe pour aller tapisser la face profonde de la lèvre ou de la joue. De cette séparation résulte une sorte d'Y, dont le sommet, la branche unique, est formé par la partie où le périoste et la muqueuse sont accolés. Les deux autres branches représentent l'une le périoste, l'autre la muqueuse, et dans l'interstice de ces deux branches est situé du tissu conjonctif lâche.

Si l'abcès intra-maxillaire, dans sa migration, aboutit au niveau où la muqueuse et le périoste ne forment qu'une couche unie, l'abcès sera sous-périostique, comme dans le cas précédent.

Si, au contraire, il vient aboutir à l'endroit où le périoste et la muqueuse sont séparés, il n'est sous-périostique qu'au début ; après avoir décollé le périoste dans une petite étendue, son action nécrobiotique va percer le périoste en un petit point et le pus viendra fuser dans le tissu cellulaire lâche qui sépare le périoste de la muqueuse.

L'abcès vient proéminer dans le vestibule de la bouche, refoule la muqueuse et vient aboutir en un point de celle-ci où nous le voyons par transparence. Quant au périoste du maxillaire, il s'est recollé sur l'os comme nous l'avons vu plus haut, sauf en un petit pertuis.

S'il s'agit d'une dent du maxillaire inférieur, le mécanisme sera le même, mais on aura à tenir compte de la pesanteur, qui aura toujours une tendance à amener des fusées purulentes dans les portions déclives.

Toutefois, il n'y a pas à tenir compte uniquement de la pesanteur, mais aussi des attaches musculaires. C'est ainsi qu'au niveau du maxillaire inférieur, nous trouvons au milieu de la face interne le mylo-hyoïdien, qui, suivant l'opinion de Tillaux, forme réellement le plancher de la bouche et crée une barrière importante. Tout abcès qui percera l'os sur la face interne du maxillaire inférieur proéminera du côté de la bouche si l'ouverture est au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, et proéminera au contraire dans la région sus-hyoïdienne si l'ouverture est située au-dessous de cette barrière musculaire.

Pour les abcès dont l'ouverture osseuse est située sur le bord alvéolaire externe, au delà du cul-de-sac gingivo-labial ou gingivo-jugal,

la marche du pus sera guidée surtout par les insertions du muscle buccinateur et du muscle orbiculaire des lèvres.

Si l'ouverture osseuse a lieu au delà de ces insertions musculaires, la collection purulente aura une tendance à s'ouvrir à la peau.

Mentionnons aussi toute l'importance des abcès causés par les dernières grosses molaires, qui amènent parfois une infiltration phlegmoneuse du voile du palais et de l'amygdale.

De ces considérations découle notre conduite : quand ils seront arrivés à cette phase où la collection purulente est constituée et proémine soit dans la bouche, soit à l'extérieur, l'extraction pourra encore avoir une influence heureuse, et nous avons vu des abcès collectés, à fluctuation nette, menaçant de s'ouvrir à la peau, être résorbés après l'extraction, grâce à un traitement judicieux.

Donc, si l'abcès a une tendance à s'ouvrir à l'extérieur, l'extraction n'est plus discutable ; elle s'impose et nous devons la pratiquer à tout prix, sans nous occuper d'aucune autre considération.

Si l'abcès a une tendance à s'ouvrir dans la bouche, nous pouvons hésiter entre deux solutions : ouvrir l'abcès simplement et attendre pour l'extraction, en admettant que celle-ci soit décidée, que les phénomènes aigus aient disparu. Comme le disait le professeur Le Dentu dans la lettre qu'il écrivit à notre confrère M. Josef, à la suite de la question que celui-ci lui avait posée : *le mal est fait et il est limité* — l'opération peut être ajournée et sera moins douloureuse quelques jours plus tard, en opérant à froid.

Dans la plupart des cas, à moins, bien entendu, qu'il ne s'agisse d'une dent que nous voulons soigner et conserver, nous sommes partisan de conseiller au malade la double intervention : incision de l'abcès et extraction de la dent. Le malade qui souffre se décide souvent à nous obéir. Nous reconnaissons très bien que nous lui infligeons une douleur plus forte, mais nous passons sur cette considération le plus souvent, et surtout dans certains milieux, comme nous le verrons plus loin ; nous ne voyons pas seulement son intérêt immédiat, mais son intérêt éloigné, et nous savons par la pratique qu'il refusera souvent l'extraction, la douleur étant disparue.

Résumé.

Si nous tirons de ces différentes considérations les conclusions qui en découlent, nous voyons que les interventions que nous pourrons pratiquer suivant le degré de la phlegmasie sont les suivantes, parmi lesquelles nous choisirons suivant les cas ; quelquefois, d'ailleurs, nous les associerons.

1re Phase. — Fluxion œdémateuse. Résolution de la fluxion. Extraction.

2e Phase. — Fluxion phlegmoneuse. Extraction. Incision précoce. Guider l'évolution de l'abcès.

3e Phase. — Abcès. Extraction. Incision de l'abcès.

Comme on le voit, l'extraction est une solution applicable à chacune des phases de l'évolution.

Nous avons dit que nous examinerons dans un chapitre ultérieur la façon de pratiquer l'une ou l'autre de ces diverses interventions.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 18 juillet 1898.

Présidence de M. PIETKIEWICZ, président.

M. Chompret fait une communication sur le traitement de la stomatite par le savon mercuriel.

L'auteur a obtenu constamment d'excellents résultats dans le traitement de cette affection avec des savons dentifrices au sublimé dont les sels de soude ont été neutralisés par un acide de façon à ne pas altérer le tissu dentaire et à aider à l'absorption du principe antiseptique ; ils sont dosés au centième. Ils ne sont pas mousseux comme le savon ordinaire. Les malades se savonnent matin et soir les dents et les gencives avec une brosse dure, par un mécanisme semblable à celui du brossage des ongles. Chaque savon contenant 0,30 centigrammes de sublimé environ, il est employé ainsi 0,01 centigramme d'antiseptique par savonnage.

Quand les gencives sont fort ulcérées, ces soins sont assez pénibles le premier jour, mais dès le troisième ou le quatrième savonnage les patients constatent une amélioration considérable. Quelques jours de ce traitement local alors qu'on continue à donner du mercure à l'intérieur, et la stomatite sera guérie.

L'auteur conclut ainsi : la stomatite mercurielle, maladie infectieuse provenant de la virulence exaltée de microbes agissant sur un terrain affaibli, sera prévenue et disparaîtra à jamais si, dès le commencement du traitement général mercuriel, on va au-devant du mal en pratiquant une hygiène rigoureuse de la bouche avec un savon dentifrice au sublimé.

M. Gourc objecte que les composés mercuriels ne peuvent être toujours employés, à cause de la coloration noire qu'ils donnent aux dents.

M. Ferrier estime suffisants le cure-dents et les soins d'hygiène.

M. Chompret trouve que le savon nettoie mieux et pénètre dans toutes les anfractuosités.

M. Pilsch est un partisan convaincu de l'utilité du savon, parce que c'est un détersif, qui seul peut accomplir un nettoyage complet.

M. Richet trouve peu hygiénique l'emploi du savon, qui sert très longtemps alors qu'on devrait n'utiliser chaque fois qu'une petite portion.

M. Pietkiewicz. — La stomatite mercurielle peut et doit être évitée. Il faut, avant d'instituer un traitement mercuriel, enlever les racines branlantes, détruire les tumeurs du périoste, enlever le tartre, porter son attention sur les dents anormales et les dents de sagesse encapuchonnées, etc.

M. Chomprel a des observations de guérison de plaques muqueuses par les brossages au savon au sublimé employé seul ; du reste, souvent on ne peut obtenir du malade l'extraction de dents ou de racines.

M. Pietkiewicz présente un miroir dont la glace est en nickel facilement stérilisable.

M. Ferrier a fait modifier le même miroir en changeant son manche qui, plus long et rond, lui paraît plus commode.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

Nous venons de recevoir le *Bulletin Journal* n° 5 de *l'Association générale des Dentistes du Sud-Est de la France,* contenant le compte rendu de la RÉUNION-CONGRÈS DE MARSEILLE.

Nous avons retrouvé dans ce volume de 200 pages, édité avec luxe et orné de deux planches, les très intéressantes communications de MM. Beltrami, Berret, Camoin, Chapot, Hivert, Schwartz père et Schwartz fils, que nous avions eu le plaisir d'entendre ; en les lisant nous nous faisions l'illusion d'être encore à Marseille et nous revivions par la pensée les inoubliables journées que nous y avons passées. Nous remercions bien vivement le très dévoué et très sympathique secrétaire général de l'Association, M. Chapot, du gracieux envoi de ce compte rendu.

Qu'il nous soit permis cependant de déplorer avec M. Chapot que nos excellents confrères n'aient pas eu la main heureuse dans le choix de leur sténographe, un professionnel pourtant ; ils ne peuvent certainement s'en louer, car nous avons le regret de ne retrouver aucunement dans le texte l'impression que nous avaient laissée les brillantes

discussions auxquelles prirent part notamment MM. Dr Beltrami, Damain, Hivert, Lemerle, Moulin, Mount, Dr Nux, Richard-Chauvin, Schwartz père, Schwartz fils et Siffre.

Il en est souvent ainsi d'ailleurs ; mais n'insistons pas. Invité à cette belle fête et accueilli de la façon la plus charmante, nous constatons une fois de plus tout le plaisir que nous avons éprouvé au milieu de nos confrères, de nos amis, du Sud-Est, et nous leur adressons notre cordial souvenir.

E. P.

Higiene razonada de la boca, par M. José BONIQUET (de Barcelone).

Sous ce titre, notre excellent confrère, M. Boniquet, vient de publier la première partie d'un traité de 167 pages, destiné à donner des *conseils utiles pour la conservation de la bouche*, suivant le sous-titre choisi par l'auteur.

Cet ouvrage, divisé en dix chapitres, suivis d'un résumé général, étudie successivement, après des préliminaires nécessaires sur l'hygiène infantile, la dentition avant et après la naissance, les moyens de combattre et d'éviter les accidents de dentition, la dentition de 2 à 6 ans, les complications de la carie des premières dents, la molaire de 6 ans, le parasitisme comme cause des maladies de la bouche, la lutte de l'organisme contre les causes d'infection et la chute spontanée des premières dents.

Cette première partie, consacrée à la première dentition, est illustrée de 26 figures et d'un portrait de l'auteur. C'est une œuvre simplement et clairement écrite, que l'on pourra consulter avec fruit et dont il faut féliciter M. Boniquet.

Au mois de janvier prochain paraîtra à Moscou la *Revue Odontologique (Odontolguitcheskoyé obozrenié)*, organe de la Société Odontologique de Moscou, sous la direction de MM. les Drs I. KOVVARSKY, S. URENIUS et M. TCHEMODANOFF.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle.*

LES CHIRURGIENS-DENTISTES MILITAIRES

Je viens de lire dans le numéro du 30 novembre 1898 de *L'Odontologie* un article sur les médecins militaires et l'art dentaire, dû à M. Gross, démonstrateur à l'École dentaire de Paris. Je constate avec plaisir qu'il fait une juste critique d'un manuel ou plutôt, comme il le dit, « d'un petit traité pratique à l'usage des médecins militaires », traité d'art dentaire, il va de soi, dans lequel le remède prédominant de la carie est l'extraction, et sa thérapeutique, l'emploi exclusif de l'acide salicylique à 10 o/o. Or, tout cela est absolument banal, et il convient de féliciter M. Gross de sa judicieuse critique.

Mais où je ne suis plus de son avis, c'est lorsqu'il se déclare partisan de l'utilisation méthodique des *dentistes* ou élèves-dentistes présents sous les drapeaux, etc., etc. M. Gross voudrait assimiler le dentiste à l'infirmier : « le dentiste, dit-il, passerait tout son temps au traitement des affections dentaires, sous la surveillance et la responsabilité du major ». Voilà une mauvaise façon d'envisager la question, que M. Gross me permette de le lui dire. En effet, cela eût été bon autrefois, avant la création du diplôme de *chirurgien-dentiste*. En aucun cas aujourd'hui, le chirurgien-dentiste (je n'ajoute pas DIPLÔMÉ intentionnellement, ce mot étant dès maintenant appelé à disparaître, ceux exerçant l'art dentaire devant tous être diplômés) ne peut et ne doit être assimilé à l'infirmier. Il doit être le collègue du major au même titre que le vétérinaire, le pharmacien, et n'avoir d'autre surveillance que celle du chef hiérarchique. Quant à l'élève en cours d'études, qu'il soit versé à l'infirmerie, cela est une autre affaire ; mais qu'il y soit au même titre que l'étudiant en médecine, avec le devoir d'exercer sa spécialité, mais dans la mesure de ses droits, c'est-à-dire sous la surveillance d'un *chirurgien-dentiste* : ce n'est donc plus sous celle du major, comme le désirerait M. Gross.

Quant au rôle du dentiste dans la réserve, je ne vois pas logiquement en quoi on pourrait l'admettre à postuler le grade de médecin auxiliaire, puisqu'il aura déjà, pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, fait un stage hospitalier et fréquenté les amphithéâtres de dissection.

Non, il faut revendiquer pour le chirurgien-dentiste son vrai rôle dans la société et dans l'armée : les services qu'il peut rendre sont suffisamment nombreux et importants ; il n'y a pas lieu d'en faire,

comme autrefois, un « bâtard » du médecin. Ses études et son bagage professionnel doivent en faire un collègue, un collaborateur du médecin ; c'est de ce principe qu'il faut partir. Jadis beaucoup d'entre nous ont proposé en vain leurs services ; il est vrai que l'art dentaire était embryonnaire par rapport à ce qu'il est aujourd'hui, et le dentiste-thérapeute était ignoré. Maintenant il n'en est plus de même, on commence à s'en apercevoir ; il y aurait donc mauvaise grâce à s'amoindrir. Il ne faut pas s'imposer, non, mais il faut faire reconnaître ses droits et n'accepter qu'une situation honorable.

Ch.-L. QUINCEROT,
De la Faculté de Paris.

A PROPOS DES EXPERTISES

Tout en me félicitant que plusieurs avis aient été émis en réponse au projet de système d'expertise que je soumettais à l'appréciation de mes confrères dans *L'Odontologie* du 15 septembre dernier, j'avoue que je ne m'attendais nullement à soulever une aussi vive discussion.

M. Bonnard, dans son article du 20 octobre, désapprouve mon mode d'expertise ; ceci est son droit, et je ne relève que sa façon discourtoise[1] de traduire ses appréciations.

Ainsi, au cours de son article (page 344), il proclame qu'il professe à l'égard de nos collègues une meilleure opinion que moi. Cependant, il faut reconnaître que, dans l'exposé de mon projet, je n'ai pas été arrêté un seul instant par la considération qu'il pourrait se produire des manquements au point de vue de la conscience morale de mes confrères experts ; tandis qu'au contraire, pour combattre mon idée, il insiste et base son argument le plus décisif sur le dentiste qui serait assez peu scrupuleux pour donner un avis contraire à la loyauté de l'expertise. Il faut convenir par là que M. Bonnard n'est pas soucieux de prouver ce dont il se vante et j'ai lieu d'espérer que la majorité de mes collègues n'a pas interprété dans le même sens une proposition que j'ai du reste donnée pour parfaitement discutable.

Se préoccuper uniquement des avantages du professionnel est sans doute exprimer un sentiment d'excellente confraternité ; mais cela, à mon avis, ne suffit pas pour tendre à rehausser le niveau de la valeur morale d'une corporation, et je présume que le bon renom de notre profession ne pourrait qu'y gagner, si, pour résoudre impartialement cette délicate question d'expertise, on voulait bien ne pas l'envisager qu'au seul point de vue de l'intérêt personnel, mais essayer de réaliser un moyen susceptible de contrebalancer le plus justement

---

1. Le Comité de rédaction avait demandé à l'auteur de cet article la suppression du mot « discourtoise », mais M. Francis Jean le maintient.

N. D. L. R.

possible autant les intérêts de l'un que de l'autre en cas de conflit.

Les arguments exposés pour combattre mon projet ne m'ont pas convaincu de sa complète défectuosité et je persiste à ne pas voir la nécessité d'obliger le public à se soumettre à un syndicat officialisé par suite de l'existence d'une société reconnue ; d'ailleurs, est-ce que l'existence de l'École Dentaire de Paris et ses principes ne représentent pas l'absolue négation des monopoles, pour l'excellente raison qu'ils sont des obstacles au progrès et aux améliorations sociales ? C'est donc, ce me semble, être en contradiction avec ces faits que de vouloir persister à monopoliser les expertises.

D'autre part, les syndicats ont à s'occuper de questions beaucoup plus considérables ; la prévoyance mutuelle, entre autres, devrait être leur plus grande préoccupation et jusqu'à présent rien d'important n'a été fait dans cet ordre d'idées. Aussi quand M. Bonnard me reproche de ne pas aimer les syndicats, sur certains points je suis tenté de lui donner raison.

Revenant à la question qui nous occupe, j'estime qu'il devrait être admis que le travail d'un dentiste diplômé d'une Faculté de médecine peut être jugé par un simple dentiste non diplômé, arguant de ce fait que, si celui-ci peut exercer légalement, il peut de même avoir voix au chapitre. Je maintiens même qu'une expertise irréprochable peut très bien se faire en dehors du Syndicat, car il n'est pas nécessaire d'être syndiqué ni diplômé d'une Faculté de médecine pour être à même de constituer un arbitrage compétent, loyal et désintéressé. Actuellement et pour longtemps encore, cet état de choses restera ainsi, car la réglementation récente nous met en droit d'y compter.

Sans obliger le public à recourir à un syndicat officiel, par le système que j'ai préconisé les parties ne constitueraient-elles pas elles-mêmes une sorte de syndicat, puisqu'il comporterait l'avis de plusieurs praticiens simultanément ? Mais voilà : il en est pour lesquels il semble que hors de l'Eglise il n'est point de salut possible !

On objecte l'impersonnalité du syndicat : pur enfantillage que cette objection, car s'il plaît à un client d'aller trouver M. X. du syndicat, dont il a pu à tort ou à raison apprécier la manière de voir dans un différend à son propos, il ira, et il est certain qu'il sera reçu et soigné. Quel est celui d'entre nous qui ne reçoit que des clients vierges de soins dentaires ?

En toute justice, si le public est et doit être libre de choisir son dentiste comme son médecin, il devrait aussi pouvoir à ses risques et périls se choisir librement un expert.

M. Bonnard, en parlant de l'incompatibilité avec la loi d'un arbitrage par un dentiste non diplômé, pense sans doute à l'anesthésie. Sur ce point, nous serions de son avis ; cependant, au cas d'action judiciaire à propos d'un accident provoqué par une anesthésie ou au

cours de celle-ci, nous sommes persuadé que ce n'est pas l'appréciation des chirurgiens-dentistes d'une Faculté de médecine que l'on rechercherait.

Somme toute, en cas de litige, on voudrait imposer un groupe de trois experts syndiqués, tandis que j'émets l'avis que les parties devraient pouvoir choisir chacune un seul expert ; les experts choisis se mettraient tous deux en rapport, en présence des parties entendues contradictoirement, et au cas où une entente n'en résulterait pas, un troisième expert, désigné par le juge de paix, pourrait être requis dans une école professionnelle pour trancher la question.

La seule difficulté que pourrait présenter le système que j'ai exposé consiste dans l'indépendance qu'il faudrait aux praticiens appelés à remplir cette tâche ; mais cette difficulté ne serait pas un réel obstacle, car il va sans dire que si, dans une circonstance quelconque un confrère était appelé à se prononcer sur le cas d'un ami, il pourrait toujours se récuser ; c'est du reste ce qui peut avoir lieu avec toute autre forme d'expertise, les syndiqués comme les non-syndiqués pouvant avoir leurs amis.

Sur un autre point, la question des honoraires, agitée par mon collègue M. Mahé, me semble ne devoir passer qu'en second lieu, parce que le client doit se renseigner et que le praticien doit renseigner celui-ci ; le client peut ainsi être à l'avance exactement fixé sur le taux des honoraires, tandis qu'il ne le sera véritablement sur la valeur du travail que lorsque son traitement sera terminé ou son appareil adapté. Il en résulte que les honoraires ne peuvent être qu'une question de convention, basée sur la notorié professionnelle du praticien par lui-même. Cependant, dans l'hypothèse où le chiffre des honoraires réclamés serait contesté, nous pensons comme M. Mahé qu'il s'agit là d'un point pratiquement insoluble et dont les éléments d'appréciation nous échappent. A notre avis, l'expert doit avant tout apprécier la valeur scientifique du travail examiné, et si le travail est jugé correct, le client doit s'exécuter, quelle que soit la somme réclamée. Pour préciser, dans le cas rapporté par M. Mahé nous pensons que le dentiste consulté sur les aurifications effectuées par un confrère devait se borner à en constater la perfection et à conseiller au client d'acquitter ce qu'on lui demandait ; en laissant discrètement entrevoir que lui-même aurait été en l'occurrence moins exigeant, il a manqué d'une façon détournée, mais cependant absolue, aux convenances professionnelles. Quelle que soit la façon dont on envisage les moyens d'expertise, je pense que nous sommes tous d'accord pour condamner ces procédés.

La nécessité de clore cet article nous ramène forcément, dans la question expertise, à la conclusion de M. Bonnard qui termine en disant : « Maintenant, les experts auraient-ils trouvé le moyen d'établir exactement les droits des parties en cause, qu'on n'empê-

chera jamais le condamné d'estimer que la chose a été mal jugée ». Mais ceci est l'a b c que nous savons tous, et ce n'est pas au problème insoluble de prétendre contenter tout le monde à la fois que nous voulons nous heurter; nous résumons et croyons simplement qu'en laissant aux intéressés la plus grande latitude possible dans le choix de leurs moyens de défense, ce sera leur donner, selon eux, les plus parfaites garanties d'indépendance et d'impartialité.

FRANCIS JEAN,
Professeur à l'École Dentaire de Paris.

A PROPOS D'UN RAPPORT DE PRIX A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sous ce titre, nous lisons dans le Bulletin médical *l'article suivant, que nous croyons intéressant de reproduire :*

Paris, le 1er décembre 1898.

Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré Confrère,

Permettez-moi d'invoquer mon titre d'abonné au *Bulletin médical* depuis sa fondation pour vous prier d'accorder à cette lettre l'hospitalité de vos colonnes.

Je n'ai pas besoin de rappeler l'autorité qui s'attache, aussi bien dans le monde médical que dans le grand public, à tout ce qui se dit et se fait à l'Académie de médecine. C'est pour cela que les prix décernés chaque année par elle, et qui le seront dans quelques jours, ont tant de valeur. Mais ils seraient bien vite dépréciés si on parvenait à lui faire récompenser, comme découverte méritoire, des procédés et des méthodes de traitement qui traînent depuis longtemps dans la pratique.

Or, c'est précisément ce qui risque de se passer pour un travail présenté pour le prix Alvarenga de Piauhy. Je suis d'autant plus à mon aise pour signaler la chose que le nom de l'auteur du mémoire dont il s'agit m'est tout à fait inconnu, pour la raison que ce nom n'a pas encore été divulgué.

Cinq mémoires ont été remis à la Commission. C'est le n° 2 qui est en cause dans cette lettre. « L'auteur, dit le rapport de M. Landouzy [1] — auquel je me suis reporté après avoir eu mon attention éveillée par un feuilleton récent de M. de Parville dans le *Journal des Débats* — a emprunté sa devise à Ambroise Paré : « Je le pansai, Dieu le guérit ».

Il n'eût plus manqué, comme on va le voir, qu'il eût pris la devise du mémoire n° 5 : *Suum cuique* !

« C'est un chaud plaidoyer — continue le rapport — pour l'emploi d'un » *nouveau procédé d'obturation des dents et de plombage des os au moyen de blocs* » *de porcelaine.* »

Faisant table rase de tous les procédés connus d'obturation des dents — auxquels il reproche certains inconvénients graves qui ne se produi-

---

1. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1898, n° du 31 octobre, p. 331, 332, 333.

sent qu'entre des mains vraiment inexpérimentées — il voudrait leur substituer un procédé qui consiste essentiellement à combler la cavité cariée avec un bloc de porcelaine.

« Ce procédé, dit le rapport, *indiqué déjà par M. Martin* (de Lyon)[1] et d'autres » dentistes en France et à l'étranger, qui cherchaient « le plombage idéal non » métallique », l'auteur *en trouve* la matière première dans la pâte à porcelaine » qui sert à la fabrication des dents artificielles, » etc...

Je ferai deux observations :

1° Le mérite de la découverte de ce procédé, qui a une certaine importance en stomatologie, remonte au Dr Land, de Detroit (Etats-Unis), qui le fit connaître *en décembre 1887*. Il a même pris un brevet pour ces pâtes en porcelaine et pour un petit four à gaz servant à leur fusion.

2° Donc, l'auteur du mémoire n'a pas eu beaucoup de mal à *trouver* la matière première de ce prétendu plombage idéal dans la *pâte à porcelaine*, puisque cette pâte était *trouvée* juste depuis onze ans !

Le rapport nous apprend que l'auteur pratique, *depuis bientôt deux ans*, *toutes* les obturations dentaires avec ce procédé (toutes = 203).

Je ferai trois observations :

1° Si l'auteur du mémoire n'applique le procédé que depuis deux ans, il retarde joliment, comme on le verra un peu plus loin.

2° Il l'a appliqué à *toutes* ses obturations depuis deux ans, soit dans 203 cas. Ce chiffre permet de supposer un champ d'observation assez restreint, car 200 obturations, c'est à peu près ce que fait en quinze ou vingt jours un praticien occupé.

3° Il y a longtemps qu'on a reconnu que ce procédé n'était applicable que dans la minorité des cas ; d'autre part, les inconvénients très graves qu'il offre, quand on l'emploie à tort, ne se montrent généralement qu'*après deux ou trois ans*. On s'explique ainsi que l'auteur du mémoire ne paraisse même pas soupçonner ces inconvénients, puisque son expérience date seulement de deux ans.

Mais continuons :

« Il fabrique — dit le rapport — ces petits blocs obturateurs (de porcelaine) *séance tenante, chez lui* », au moyen d'un four en acier, » etc.

Il n'est pas le seul, qu'on le croie bien. Tous les dentistes aux États-Unis, et même un assez grand nombre en Europe, en font autant depuis 1890 et surtout depuis l'invention, en 1893, du four perfectionné de Downie.

Suivons encore le rapport :

« L'auteur expose, dans les plus minutieux détails, *son* procédé de médecine opératoire ayant pour objet :

» 1° de préparer la cavité de la dent qui devra être obturée ; 2° de prendre l'empreinte de la cavité avec une mince feuille de platine qui donnera de la dent un moule en creux ; 3° de fondre dans ce moule en platine la pâte à porcelaine dont le bloc viendra exactement combler le vide de la dent. »

Evidemment, le rapport a dû résumer très exactement ce que l'auteur appelle *son* procédé.

---

1. Les passages soulignés à partir d'ici ne le sont pas dans le texte, mais il convenait, dans un but de clarté, de les souligner. (Note de l'auteur.)

Or, « son » est vraiment joli !

C'est, en effet, le Dr Land, cité plus haut, qui, en 1887, imagina de prendre l'empreinte de la cavité cariée avec une feuille de platine et de cuire, dans ce moule, la pâte à porcelaine.

Deux ans plus tard, en 1889, dans le *Dental Cosmos*, le plus autorisé et le plus répandu des journaux dentaires du monde entier, le Dr Thomas (de Des Moines, Etat d'Iowa) résumait le procédé de Land dans les termes suivants :

« Pour faire les obturations à la porcelaine, il prépare d'abord la cavité, puis, prenant une feuille de platine, il la tasse bien dans cette cavité pour obtenir une empreinte; la pâte à porcelaine est alors cuite dans cette empreinte et le bloc ainsi préparé comblera exactement la cavité. Il sera alors cimenté en place et l'obturation est terminée. »

Voici le texte anglais :

« In making porcelain fillings, he first prepares his cavity, then takes a strip of ribbon platinum which he burnishes into the cavity so as to make a matrix, then bakes the porcelain filling into the matrix and the filling thus made fills the cavity perfectly. He cements it in and the operation is complete. » (*Dental Cosmos*, vol. XXXI (1889), Philadelphie, page 176.)

C'est la description presque littérale, en 1889, de ce qu'on présente à l'Académie, en 1898, comme une nouveauté [1] !

Finalement, le rapport conclut ainsi :

« Au total, il s'agit d'un travail qui se présente sous les apparences d'une œuvre clinique, appuyée de plus de deux cents observations, qui, si les résultats annoncés étaient confirmés par une pratique encore plus longue, marquerait un progrès dans la science et dans l'art de la stomatologie, en même temps qu'il pourrait mettre en heureuses suggestions la chirurgie réparatrice des affections osseuses. »

Cette dernière ligne vise une proposition accessoire — purement théorique du reste — de l'auteur du mémoire, et que voici :

« Il pense, dit le rapport, qu'en matière de nécrose, suite d'ostéo-myélite ou » d'autres causes, une obturation des pertes de substances osseuses *par des* » *coulées de porcelaine* répondrait à tous les *desiderata*, la technique étant aussi » simple et aussi exempte d'inconvénient pour l'obturation des cavités osseuses » que pour celle des cavités dentaires. »

Quand on songe que pour obtenir gros comme un pois de porcelaine fondue bien uniformément, sans porosité, en masse très compacte — toutes choses indispensables à la solidité — il faut une température de plus de 1200° et une surveillance minutieuse dans l'opération de la fusion, on se demande comment on s'y prendrait pour remplacer, avec une matière aussi délicate à manipuler, un fragment de tibia, par exemple. En outre, la porcelaine passe pour un peu plus fragile que les

1. Le procédé de Land et Downie a été décrit très minutieusement, avec de nombreuses figures, dans un grand nombre d'articles de journaux spéciaux et, en outre, dans les traités classiques suivants : Garretson : *System of Oral Surgery*, 1895, p. 360 à 366 ; — Miller : *Lehrbuch der Conservirenden Zahnheilkunde*, 1896, p. 181 à 192 ; — Kirk : *American Text-Book of Operative Dentistry*, 1897, p. 284 à 292.

amalgames de plomb et de cuivre employés dans ce but par Trendelenburg, Dreeschmann, Mayer et Sonnenburg, amalgames dont parle l'auteur du mémoire, et le porteur d'un tibia ainsi porcelainé ferait sagement de ne pas trop se risquer au « foot-ball ».

J'ai fini.

Il est fâcheux, semble-t-il, que, depuis la mort du regretté Magitot, l'Académie de médecine ne compte plus parmi ses membres un seul spécialiste en stomatologie. Les hommes les plus éminents ont parfaitement le droit de n'être pas au courant de questions relevant, comme celle-ci, de la spécialité. Il n'en est pas moins fâcheux que l'Académie puisse être exposée à décerner un de ses prix à quelqu'un qui dit... avoir découvert l'Amérique !

Agréez, etc. Dr X.

P. S. — Comme ces observations critiques, très impersonnelles, auraient pu être présentées par n'importe quel praticien un peu au courant, tout aussi bien que par moi, je ne vois pas l'utilité de les signer. Je vous prie donc, Monsieur le Rédacteur en chef, de garder mon nom pour vous, si vous n'y voyez pas d'inconvénient. Je regretterais qu'on pût supposer que je cherche une publicité quelconque alors que c'est on ne peut plus loin de ma pensée.

Nous ne croyons pas sans intérêt de faire remarquer qu'aux travaux étrangers cités par l'auteur il faut ajouter les travaux publiés il y a quelques années dans L'ODONTOLOGIE.

Dubois. — *Obturation d'émail fondu* (*L'Odontologie*, 1891, p. 1).

Nous empruntons à cet article la citation suivante :

« D'après Richter, le premier qui employa le verre comme matière obturatrice fut M. Spaulding, des Etats-Unis ; mais la fragilité et la transparence étaient telles qu'il dut bientôt y renoncer.

« Vers 1885, l'esprit inventif de Herbst se porta de ce côté et il démontra comment on pouvait fondre le verre, le mouler d'après la forme de la cavité même et en faire une excellente matière obturatrice. Son procédé était encore assez compliqué, ainsi qu'en témoigne l'exposé publié dans *L'Odontologie* (juin 1889, p. 278) ».

Herbst. — *Obturation à l'émail blanc avec du verre pilé* (*L'Odontologie*, 1892, p. 251).

Mouton. — *Les obturations à l'émail* (*L'Odontologie*, 1893, p. 61).

Fresnel. — *Contribution à l'étude des obturations par les émaux fusibles* (*L'Odontologie*, 1895, p. 333).

Etc., etc. N. D. L. R.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Zamara Giovanni, né le 7 octobre 1873 à Venise (Italie), élève de 3e année à l'Ecole dentaire de Paris, décédé subitement le 25 décembre, à 5 h. du matin.

Nous exprimons nos bien vives condoléances à la famille du défunt.



NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris

L'assemblée générale annuelle de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a eu lieu le mardi 20 décembre. Ont été élus membres du Conseil de direction pour 2 ans : MM. Godon, Lemerle, Richard-Chauvin, de Marion, Billet, Devoucoux, Dr Roy, Touvet-Fanton, Loup, Meng et Weber.

MM. Bonnard, Legret, Löwenthal et Prest, membres sortants, avaient déclaré par lettres ne plus être candidats.

Nous apprenons que M. Grimbert, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, se trouvait au nombre des lauréats couronnés dans la séance solennelle du 13 de ce mois par l'Académie de médecine ; il a obtenu le prix H. Buignet pour l'ensemble de ses travaux de chimie bactériologique et notamment pour ses mémoires sur les ferments anaérobies.

Nos très sincères félicitations à notre distingué professeur de chimie.

La Commission du Congrès dentaire de Barcelone a décidé d'inviter au Congrès des confrères étrangers.

Ce congrès aura lieu le 24 septembre 1899.

Le projet de loi sur l'exercice de l'art dentaire dans les Nouvelles-Galles du Sud a été soumis à une seconde lecture. On pense que le Conseil comprendra deux médecins, quatre dentistes et deux membres étrangers à l'art dentaire et à la médecine.

Les chirurgiens-dentistes du duché de Brunswick ont fondé une association dentaire.

Les étudiants en dentisterie d'Irlande viennent de se constituer en Société. Cette Société a pour but de favoriser l'étude de la science dentaire.

On signale la fondation de nouveaux collèges dentaires à Des Moines (Iowa) et à Chicago.

Les 29 et 30 octobre dernier, a eu lieu à Strasbourg la 2e assemblée générale de la Société dentaire de l'Alsace-Lorraine.

AVIS

*Nous prions ceux de nos lecteurs dont l'abonnement expire avec ce numéro de vouloir bien adresser le montant de leur réabonnement à l'*Administrateur-Gérant, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, *ou, à défaut, de faire bon accueil à la quittance,* augmentée de 0 fr. 50 pour la France et de 0 fr. 75 pour l'Etranger pour frais de recouvrement, *qui leur sera présentée prochainement par la poste.*

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Réunion du mardi 13 septembre 1898.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

Sont présents : MM. de Marion, Martinier, Papot et Sauvez

M. Bonnard se fait excuser de ne pouvoir être présent.

Il est donné lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté sans observation.

M. Godon communique la correspondance, qui comprend :

1° Une demande de bourse, formée par M. C... (Renvoyée à son auteur pour qu'il s'adresse à la ville de Paris ou au Conseil général de son département).

2° Une demande de remise des droits d'examen, formulée par M. B. - Accordée.

3° Une lettre du Préfet de la Seine relative au versement de la subvention de 500 fr.

4° Une demande de délai formée par l'élève M..., pour le paiement des droits de scolarité. - Accueillie, sauf avis contraire du trésorier.

5° Une demande de dispense d'âge présentée par M. B. — Accueillie.

6° Une lettre de M. le Dr Guénard annonçant l'envoi au Ministre de la Guerre de la pétition concernant les mécaniciens-dentistes.

7° Une lettre du Ministre du commerce relative à l'Exposition de 1900.

M. Godon dépose sur le bureau deux brochures offertes par M. Sauvez à la bibliothèque et intitulées : *De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion.*

Sur la proposition de *M. Papot* et après observations de *MM. Godon*, *Papot* et *Martinier*, l'élève R... est autorisé à passer l'examen pratique, à la condition que son carnet de clinique sera complété pour les examens théoriques.

Sur la proposition de *M. Papot* également, l'élève F... est autorisé à subir ses examens en octobre.

M. Papot dépose sur le bureau des médicaments offerts par M. Samsioe, de Stockholm, pour les essayer à l'Ecole.

Il formule, au nom de la Commission scolaire, un avis favorable à la tenue des cours théoriques de 5 heures à 7 heures du soir, au lieu de 8 heures à 10 heures du soir.

Après un échange d'observations entre tous les membres, la proposition est prise en considération et le bureau est chargé d'écrire aux professeurs pour les informer du projet.

Sur la proposition de *M. Papot*, il est décidé qu'il y aura une réunion *amicale* par an du corps enseignant. La réunion est fixée pour 1898 au 14 octobre et comprendra un dîner à 7 heures, et un punch à 9 heures à l'Ecole.

M. Prével est chargé d'organiser le dîner et le punch ; M. Sauvez, d'organiser la réunion.

M. Godon fait une proposition tendant à appliquer l'anesthésie générale ou locale à toutes les opérations à l'Ecole.

Une discussion a lieu entre tous les conseillers à ce sujet. *M. de Marion* demande notamment que les dentistes diplômés de la Faculté de médecine, qui ont le droit de pratiquer l'anesthésie, la pratiquent et l'enseignent à l'Ecole.

Une commission, composée de MM. Pinet, Sauvez, Viau, d'Argent et Martinier, est chargée d'étudier la question et d'élaborer les conditions dans lesquelles le nouveau service d'anesthésie fonctionnera à l'Ecole.

M. Sauvez rend compte de la correspondance échangée depuis la dernière séance.

Sur avis favorable de la Commission scolaire, Mlle M... est admise en 2e année.

M. Godon rend compte du Congrès de Lyon et du succès de politique professionnelle qu'y a remporté l'Ecole.

Il dépose sur le bureau la nouvelle brochure de l'année scolaire 1898-1899.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

Volume VII. — 2e Semestre 1898.

TABLE DES PLANCHES ET GRAVURES.

PLANCHES HORS TEXTE

FIGURES

TABLE ALPHABÉTIQUE PAR NOMS D'AUTEURS.

INDEX ALPHABÉTIQUE.

